



Regione Lombardia

Libro Bianco

**SULLO SVILUPPO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO
IN LOMBARDIA**

Un impegno comune per la Salute

MILANO, 30 GIUGNO 2014

PREMESSA

Questo Libro Bianco è finalizzato a rendere partecipi tutti gli attori istituzionali e sociali delle riflessioni che Regione Lombardia ha svolto sul sistema sanitario e sociosanitario lombardo, in vista di un confronto finalizzato a ricercare soluzioni confortate dal più ampio consenso.

Questi diversi interlocutori sono ora invitati a valutare il Libro Bianco, sia nella sua dimensione analitica sia nella prospettiva propositiva e progettuale. Regione Lombardia procederà all'organizzazione di sedi di confronto per l'approfondimento delle singole tematiche, al fine di conseguire una migliore comprensione dei reciproci punti di vista e di pervenire, auspicabilmente, a specifiche intese.

Al termine del confronto Regione Lombardia si riserva di valutare i punti di intesa realizzati e quelli per i quali eventualmente non si sia registrata una significativa convergenza di analisi e di proposte. In entrambi i casi si terrà ampio conto dei risultati di questo esercizio nella fase successiva di predisposizione di iniziative legislative da presentare al Consiglio Regionale e al Parlamento.

Alla definizione dei contenuti di questo Libro Bianco hanno lavorato insieme i due Assessorati e le relative strutture competenti per materia: Salute e Famiglia, Solidarietà sociale, Volontariato, con il supporto di Eupolis. La loro opera si è avvalsa del prezioso apporto della Commissione regionale Sviluppo Sanità, guidata dal prof. Umberto Veronesi, un autorevole gruppo di esperti che ha prodotto e offerto validi contributi di conoscenza, di valutazione e di proposta.

PRESENTAZIONE

Il sistema sociosanitario lombardo è un'eccellenza riconosciuta anche a livello internazionale. Rappresenta un modello di efficienza nella gestione delle risorse, nella qualità delle cure offerte, nella prestazione dei servizi. Qui, dove i conti sono in ordine e i cittadini di tutte le Regioni italiane scelgono di farsi curare, sono venuti a prestare la propria opera intellettuale e professionale cervelli scientifici fra i migliori al mondo.

Il *Libro Bianco* offre una fotografia di questo sistema – con i suoi punti di maggiore e minore forza, il raffronto con le altre Regioni italiane ed europee e il contesto che cambia – e le linee guida per riformarlo al meglio, insieme con i risultati attesi. L'ambizione della Lombardia è quella di rappresentare la prima Regione europea per risultato e qualità: ciò sarà possibile soltanto attraverso una coraggiosa evoluzione e un nuovo punto di vista.

Il *Libro Bianco* evidenzia quindi i principi su cui si basa questo importante sviluppo del sistema.

Il primo principio è la conferma della specificità culturale e sociale lombarda: l'affermazione della libera scelta. In Lombardia i cittadini continueranno a poter decidere liberamente da chi farsi assistere, dal sistema pubblico o dal sistema privato, senza che questo comporti per loro un onere aggiuntivo.

Il secondo principio fondamentale interpreta la rivoluzione che sta investendo i sistemi più evoluti, sia dal punto di vista medico sia soprattutto da quello antropologico: il passaggio dalla “cura” al “prendersi cura”, dal “to cure” al “to care”, per dirla con gli esperti britannici. La via per una Sanità del futuro passa attraverso il superamento della mera logica di intervento d'urgenza o a posteriori, a favore di un'ottica di accompagnamento della persona, anche attraverso la prevenzione, la valutazione delle necessità del singolo cittadino e dell'ambiente familiare in cui vive e invecchia. Per ottenere questo risultato è necessario procedere a una migliore e maggiore integrazione sul territorio delle strutture sanitarie con i servizi alla persona, attraverso nuovi modelli assistenziali e nuovi modelli organizzativi pensati per migliorare il rendimento del sistema e investire nella promozione della salute.

Il terzo principio è privilegiare un modello di organizzazione che separi le funzioni chiave: la programmazione, l'erogazione delle prestazioni e il controllo. Ad ogni azione programmatica deve corrispondere capacità di misurarne gli effetti e gli impatti per valutarne l'efficacia e la misura si deve basare sul confronto rispetto a standard di quantità, di qualità e di costo, anche per garantire che la valutazione di chi guida il sistema sia basata solo su criteri di merito. La misura, quindi, sia come strumento di governo, sia come metodo per migliorare la trasparenza nei confronti dei cittadini: vogliamo rendere pubblici e accessibili i dati relativi a qualità e costi dell'assistenza ed attivare un sistema di *vendor rating* che permetta di premiare chi eroga servizi migliori. In questo modo la libertà di scelta potrà essere esercitata in modo consapevole da un cittadino che vogliamo informato, attento

e partecipe alla tutela della propria salute e del proprio benessere e messo in grado di giudicare i risultati ottenuti da chi lo ha governato.

Infine, riteniamo opportuno metter mano all'attuale organizzazione del sistema sia negli assetti del governo regionale che sul territorio, definendo un nuovo modello che adegui il nostro sistema sociosanitario al contesto attuale (tenendo anche conto del progetto di riforma del Titolo V in discussione in Parlamento) e lo proietti verso il futuro. Fanno parte di questo progetto di riforma una migliore integrazione tra le strutture regionali della salute e del sociosanitario, le nuove Agenzie Sanitarie Locali, le Aziende Integrate per la Salute (AIS), nonché la centrale unica di committenza (ARCA), che raggrupperà in un'unica stazione appaltante l'acquisizione di beni e servizi, nella garanzia di produrre economie di scala senza però escludere le aziende del territorio lombardo.

La creazione di un nuovo Assessorato che gestisca unitariamente le due competenze rappresenta una evoluzione del sistema che, personalmente, ritengo positiva e utile; la rimetto all'attenzione delle forze politiche e sociali per una valutazione complessiva.

Il *Libro Bianco* illustra gli indirizzi che ispireranno in futuro il nostro sistema sociosanitario regionale. Lo sforzo che ci attende nei prossimi mesi è quello di discuterne i contenuti e condividerne il più possibile le linee evolutive: uno sforzo a cui chiamo tutti coloro che, rappresentanti politici e attori del sistema, desiderino offrire il proprio contributo al miglioramento del più importante servizio che la Regione offre ai propri cittadini.

Roberto Maroni

Milano, 30 giugno 2014

LIBRO BIANCO SULLO SVILUPPO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO IN LOMBARDIA

SOMMARIO

PARTE PRIMA - L'ANALISI DEL SISTEMA ESISTENTE	19
1. IL MODELLO SANITARIO E SOCIO SANITARIO LOMBARDO	19
1.1. Gli aspetti peculiari del modello	19
1.2. La valutazione dell'offerta: l'erogazione dei LEA.	34
1.3. La valutazione economica: indicatori di efficienza	57
1.4. La valutazione delle performance qualitative in Lombardia	65
2. L'EVOLUZIONE DEI BISOGNI E LE SFIDE DA AFFRONTARE	69
2.1. La valutazione del contesto	69
2.2. Come si è affrontata l'evoluzione della domanda	74
PARTE SECONDA – PROPOSTE DI EVOLUZIONE DEL SISTEMA: DALLA CURA AL PRENDERSI CURA	83
3. I PUNTI DI ATTENZIONE PER FARE MEGLIO	84
3.1. Aumento dei carichi familiari	84
3.2. L'attenzione alla cronicità e alle fragilità	85
3.3. La frammentazione dell'attuale offerta socio sanitaria e sociale sul territorio	88
3.4. Politiche per la promozione dell'appropriatezza, dell'efficienza e di potenziamento del sistema dei controlli	90
3.5. Revisione degli elementi di governo del sistema: programmazione territoriale, sistema di accreditamento e di finanziamento	92
3.6. Il miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	93
3.7. Riduzione della pressione sul pronto soccorso	94
3.8. Sviluppo di sinergie nella ricerca	95
3.9. Rotazione e ricambio della dirigenza	95
4. LA PROPOSTA DI REVISIONE NORMATIVA	96
4.1. Gli indirizzi del programma di governo e del PRS	96
4.2. Le linee guida della proposta di revisione	98
5. RISULTATI ATTESI	108

EXECUTIVE SUMMARY

1. UN SISTEMA DI OFFERTA DI ECCELLENZA: IL MODELLO SANITARIO E SOCIOSANITARIO LOMBARDO

Qualunque indicatore si prenda, la Lombardia è sempre tra le regioni italiane “virtuose”. Perché allora sentiamo l’esigenza di far evolvere il nostro Sistema Sanitario e Sociosanitario? La qualità di un sistema sanitario non è un concetto astratto, né è determinata esclusivamente dalla presenza di strutture o di professionisti eccellenti. Deriva dalla capacità di leggere i bisogni, di coglierne l’evoluzione e le priorità e utilizzare le risorse esistenti, sempre limitate, per dare le risposte assistenziali più adeguate ed erogandole nel modo più efficiente. In sintesi: confermare un modello che si è dimostrato valido nei suoi principi, nella sua organizzazione e nei suoi strumenti di governo e adeguare l’offerta a una domanda di salute che cambia.

1.1. Le caratteristiche del sistema

1.1.1. I punti cardine da confermare: libera scelta e pluralismo dell’offerta

Il modello lombardo è definito “sussidiario” in quanto si fonda sul principio che lo Stato non interviene sempre direttamente, ma riconosce e aiuta (“*subsidium*” significa “aiuto” in latino) chi è in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni delle persone.

I punti cardine su cui il sistema si è costruito sono due.

Il primo è la libertà di scelta del cittadino. Si tratta di una sorta di scommessa e di fiducia nella responsabilità delle persone: se aiutate adeguatamente, esse sanno scegliere dove e come farsi curare. Ma la libertà di scelta esiste solo se è possibile selezionare tra una pluralità di erogatori.

Da qui il secondo punto, il pluralismo dell’offerta: chiunque, anche privato, ha titolo per erogare prestazioni pubbliche; in questo modo si apre una competizione virtuosa tra erogatori pubblici e privati e privati-sociali; al Governo spetta la funzione di indirizzo e controllo, a garanzia dei destinatari.

Si è creato così, in Lombardia un modello sanitario e di welfare plurale e trasversale, in cui anche il Terzo Settore ha un ruolo rilevante non solo in termini istituzionali e formali, ma anche funzionali e sostanziali.

1.1.2. Gli strumenti da implementare: il finanziamento, l’accreditamento, i controlli, l’aziendalizzazione

Per far funzionare il sistema si sono adottati strumenti che si sono dimostrati efficienti. Ciascuno di questi, però, chiede ora un salto di qualità.

Il primo è il finanziamento: la Regione rimborsa chi eroga una prestazione secondo determinate tariffe. Questo permette di governare, modificando le stesse tariffe: in questo modo si evita che qualcuno eroghi soltanto o soprattutto le prestazioni che rendono di più e trascuri le altre. Tuttavia, il sistema a prestazione funziona bene per i pazienti acuti, che, una volta trattati, guariscono. Quando, invece, il paziente è cronico e va preso in carico,

lo strumento non funziona più altrettanto bene. La soluzione è immaginare una tariffa omnicomprensiva, un sistema di rimborso, cioè, centrato non più sulla patologia, ma sul paziente e il suo percorso.

Il secondo strumento è rappresentato dall’accreditamento e dalla messa a contratto: può erogare solo chi ha i requisiti minimi strutturali e organizzativi per garantire prestazioni adeguate. L’accreditamento istituzionale non basta più: la normativa è vecchia di diciassette anni e si fonda su un modello ospedaliero da superare, quello rigidamente strutturato in unità operative dedicate prevalentemente a degenza ordinaria. Negli ultimi anni per molte attività è stata individuata la possibilità di erogazione in regimi alternativi come il Day Hospital e interventi ambulatoriali complessi. La stessa cultura dei professionisti sta cambiando e si fa sempre più strada l’idea del “prendersi cura”, diversa dalla modalità consueta di erogazione. Vale a dire che il programmatore, facendo leva sulla contrattazione, può e deve esercitare il ruolo di committenza, sia sotto il profilo della economicità sia della appropriata e tempestiva risposta ai bisogni sanitari e sociosanitari effettivamente espressi.

Il terzo strumento è rappresentato da valutazione e controllo. La Lombardia ha ottenuto risultati che parlano da soli: senza controlli di costo e di congruità, non si sarebbero potuti ottenere equilibri di bilancio.

Anche in questo caso è possibile una evoluzione. Il controllo deve diventare strumento di governo dell’efficienza e dell’efficacia: si tratta del controllo dell’appropriatezza, che non si limita al monitoraggio dell’erogazione nei limiti di spesa, ma comprende anche il controllo su come la domanda è soddisfatta e su come le persone sono accudite adeguatamente, nei limiti delle loro attese.

Confermando, aggiornando e rendendo trasparenti questi strumenti, anche la libertà di scelta dei cittadini aumenterà.

Il quarto strumento è il cosiddetto “*commissioning*”. Si è cercato di dare autonomia gestionale e organizzativa alle ASL come il luogo di programmazione, acquisto e controllo. Di fatto, tuttavia, il *driver* principale per la definizione dei budget da assegnare alle aziende è sempre stato la spesa storica della struttura erogatrice. Questa modalità, se da una parte ha consentito di mettere in sicurezza il sistema, dall’altra ne ha limitato i possibili sviluppi. Occorre quindi, in prospettiva, restituire progressivamente un maggior ruolo alla programmazione territoriale, in capo alle ASL.

1.2. I risultati del sistema

Il Sistema Sanitario e Sociosanitario lombardo serve alla salute e al benessere di una popolazione di 10 milioni di persone, valore pari a circa un quinto della popolazione italiana e superiore al dato di 17 dei 28 Paesi europei.

In questi anni si è garantita copertura dei cosiddetti “Livelli Essenziali di Assistenza” (LEA) in maniera adeguata.

Le prestazioni ambulatoriali sono aumentate significativamente (da 150 milioni nel 2009 a 170 milioni nel 2013), mentre in 15 anni si è ridotto del 26% il numero delle persone ricoverate (da 1.294.000 a 958.000), sebbene la popolazione nello stesso periodo aumentasse di quasi un milione di unità (e di conseguenza il numero dei malati cronici).

Dal confronto internazionale tra i “quattro motori d’Europa” si può notare che la Lombardia è la Regione che spende meno, in proporzione al PIL, per il proprio servizio sanitario (5,47% del PIL, contro una media nazionale del 7,04% e punte al Sud del 10%), svantaggiata anche da un riparto del Fondo Sanitario Nazionale che non tiene conto dell’entrata tributaria di ciascuna regione (se la Lombardia fosse finanziata in base al PIL e alla ricchezza che produce, potrebbe contare su importanti risorse aggiuntive). Questo fattore ha determinato tuttavia un miglior utilizzo delle risorse disponibili: il processo di deospedalizzazione è cominciato in Lombardia prima che in Francia, Catalogna e Germania e il confronto interno ai “quattro motori” dimostra che il personale medico è complessivamente contenuto come anche il numero di ospedali e di posti letto. Questi processi di efficientamento, però, non sono stati sempre accompagnati da una corrispondente presa in carico territoriale e hanno talvolta, quindi, determinato un maggior carico per le famiglie.

2. LA DOMANDA CHE CAMBIA: LA POPOLAZIONE, I BISOGNI, LE RISORSE

2.1. Una “rivoluzione” demografica... e non solo

Quello che sta avvenendo nella società è un cambiamento radicale. Dipende soprattutto dall’allungamento della vita, ma anche dalle innovazioni tecniche e tecnologiche, dalla possibilità di accesso alle cure, dalla comunicazione e dalla mobilità, oltre che da un’augmentata percezione del diritto alla salute.

L’allungamento della vita è uno dei più straordinari risultati dei progressi sanitari; ciò comporta tuttavia un cambio radicale di prospettiva. L’invecchiamento della popolazione comporta inevitabilmente un aumento della componente dei pazienti cronici rispetto a quelli acuti.

Gli ultra sessantacinquenni sono già il 21,1% e l’indice di dipendenza (il rapporto tra popolazione non attiva – 0-14 anni e 65 anni e più – e popolazione attiva – 15-64 anni), passerà dall’attuale 32,7% al 54,4% nel 2065 (ISTAT 2013). Già al 2030 la componente anziana lombarda inciderà significativamente sulla composizione della popolazione. Il 2030 sarà anche l’anno in cui il numero degli ultraottantenni eguaglierà il milione di bambini con meno 10 anni e il milione di ragazzi tra i 10 e i 20 anni. Avremo 3 milioni di lombardi con più di 65 anni, di cui un milione con più di 80; tre ultrasessantacinquenni ogni due giovani sotto i vent’anni.

2.2. Le iniziative intraprese

La Regione ha già iniziato ad affrontare il cambiamento obbligato muovendosi in più direzioni: sono diminuiti i ricoveri, aumentate le prestazioni ambulatoriali e il numero di ricoveri in Day Hospital. Si sono attivate forme di sperimentazione per l’assistenza alla cronicità, non più organizzata per patologia, ma attraverso gruppi di lavoro che si prendono cura, insieme e con medicina di iniziativa, del percorso del paziente. Sono, infine, aumentati i posti e le iniziative sociosanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali, assicurate dal Fondo a sostegno della Famiglia e dei suoi componenti fragili

2.3. Cosa resta da fare: dalla cura al prendersi cura

Si tratta di iniziative importanti, ma occorre compiere un ulteriore salto. Anche la riduzione della centralità dell’ospedale a favore del territorio, è stata guadagnata rimanendo all’interno

una cultura centrata sulla patologia, non sulla persona. Il passaggio da compiere è quello di portare a compimento un riassetto dell’organizzazione e delle sue funzioni orientato non più solo alla cura, ma al “prendersi cura”.

Paradossalmente, al crescere della capacità di risolvere il male acuto, aumentano il numero e il peso delle cronicità. Oggi, infatti, le persone che escono dall’ospedale e sono portatrici di cronicità o di disabilità, spesso si ritrovano a dover ricomporre da sole percorsi terapeutici o di assistenza, nel migliore dei casi potendo contare solo sul supporto della famiglia. Occorre dunque superare la frammentarietà dei servizi, pure di eccellenza, che la Lombardia offre.

Mentre l’acuzie può e deve permettersi una certa mobilità (ci si sposta per cercare l’eccellenza, per intervenire in un determinato momento), ciò non vale per la cronicità. Non è la persona che si deve spostare, ma i servizi che si devono riorientare intorno alle sue esigenze: sul territorio l’assistenza assicura continuità e recupera efficacia.

Varcare la soglia dell’ospedale spesso oggi è l’inizio e non la fine di un percorso. Tornare a casa o presso i centri riabilitativi deve significare entrare in un sistema di relazioni tra famiglie e team multiprofessionali che garantisce la presa in carico della persona.

In qualche misura, quindi, il cittadino chiede non solo servizi di qualità, ma anche di prossimità: non si tratta più solo di curare, ma di prendersi cura e di assumere la presa in carico del paziente.

3. LA PROPOSTA DI RIORDINO

Il cuore della proposta è lo sviluppo di un sistema che garantisca la vera continuità assistenziale e la presa in carico dei pazienti alla corretta intensità assistenziale e, laddove non occorrono procedure complesse, nel luogo più vicino al paziente. In particolare il soggetto centrale diventa l’AIS, Agenzia Integrata per la Salute, che al suo interno ospita tutti i servizi, integrando all’origine quello che oggi è diviso, frammentato e disarticolato, specie nell’area dell’integrazione tra servizi sociali e sanitari, garantendo la continuità assistenziale e superando la tradizionale distinzione tra ospedale e territorio.

La programmazione territoriale viene spostata sull’ASL, che passa da “azienda” a “agenzia”, con funzioni di programmazione su un territorio più ampio di quello attuale.

La rete ospedaliera si riorganizza su due livelli, con ospedali di rete e minore intensità di cura e ospedali di riferimento ad alta intensità di cura, strategicamente distribuiti sul territorio.

Su tutto, una agenzia che misura e controlla la qualità e l’appropriatezza.

3.1. Le nuove Agenzie Sanitarie Locali (ASL)

Non si chiamano più “aziende”, ma Agenzie Sanitarie Locali. In numero minore delle attuali Aziende Sanitarie Locali, rappresentano il livello “alto” di programmazione su un territorio ampio. Hanno il compito di sovrintendere all’organizzazione territoriale sanitaria, sociosanitaria e sociale in collaborazione con i Comuni; l’accreditamento dei soggetti erogatori; la negoziazione e la contrattualizzazione; il controllo dell’appropriatezza delle attività di ricovero; la specialistica ambulatoriale; le attività sociosanitarie; la vigilanza sull’assistenza; la tutela della salute umana e animale.

3.2. L'Azienda Integrata per la Salute (AIS)

È il soggetto che eroga tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie ricomprese nei LEA nel territorio di riferimento, comprese le cure primarie (Medici di Medicina Generale, MMG – Pediatri di Libera Scelta, PLS), la continuità assistenziale, la specialistica ambulatoriale, le attività di ricovero e di riabilitazione, le attività per la salute mentale e gli interventi sociosanitari (es. Assistenza Domiciliare Integrata, servizi per le dipendenze, medicina legale, consultori, ecc.). La AIS opera in concorrenza e in collaborazione con gli erogatori privati accreditati. La AIS si compone di un **polo territoriale** e di un **polo ospedaliero**.

- Il **polo territoriale** svolge la prevenzione sanitaria e sociosanitaria, ed eroga prestazioni di bassa complessità; è il polo direttamente responsabile della presa in carico globale degli assistiti. In questo ambito vengono ricompresi i Centri Socio Sanitari Territoriali (CSST), i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e le Farmacie di servizio.
- I **CSST** sono organizzazioni funzionali e/o strutturali di riferimento territoriale per cure primarie, ambulatoriali, sociosanitarie (es. ADI, consultori, ecc.) e sociali: possono essere collocati presso le sedi degli attuali distretti, poliambulatori, AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali di MMG) o Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).
- I **POT** integrano le funzioni del CSST con ricoveri medici a bassa intensità, per subacuti, *hospice*, cure intermedie, chirurgia ambulatoriale, MAC e Day Surgery. Possono derivare dalla trasformazione di piccoli ospedali, ma anche essere collocati all'interno di presidi ospedalieri di base o di riferimento.
- Il **polo ospedaliero** è articolato su più livelli, prevalentemente orientato alle prestazioni in acuzie e in elezione, all'erogazione delle prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità, alle funzioni di emergenza-urgenza e alla riabilitazione post-acuta.

3.3. La Centrale Unica di Committenza

Viene assicurata una regia centrale per gli acquisti così da garantire la concorrenza e una maggiore trasparenza delle procedure. La centrale di coordinamento unica dovrà portare a una riduzione dei costi di acquisto e a una maggiore razionalizzazione.

3.4. La Struttura Regionale di Controllo e Promozione dell'Appropriatezza e Qualità

Elabora un sistema di *vendor rating* – aggiornato su base trimestrale – che orienta sia la programmazione e la messa a contratto degli erogatori, sia il cittadino nell'esercizio del diritto di libera scelta. Ha funzioni di promozione del governo clinico, di valutazione delle tecnologie sanitarie, di monitoraggio del sistema e della qualità dell'assistenza, delle politiche di controllo e della relativa gestione. Il *vendor rating* è un aspetto cruciale per definire meccanismi di governo dell'offerta che assicurino il miglior equilibrio domanda – offerta, favorendo la selezione degli erogatori in base alla qualità erogativa e il raggiungimento di specifiche performance.

3.5. Il sistema di finanziamento

L'AIS affronta due tipologie distinte di diagnosi e cura, remunerate con due diversi sistemi:

- il tradizionale sistema di pagamento a singola prestazione o accesso di ricovero,

per i pazienti acuti o di difficile standardizzazione;

- una nuova tariffa a “presa in carico”, anche attraverso voucher, per i pazienti affetti da patologie croniche.

3.6. Qualche “nota bene”

• I vincoli normativi ‘nazionali’

Numerosi sono i fattori che non dipendono dal livello regionale e condizionano le possibilità di integrazione delle politiche sanitario e socio sanitario. Elencandoli in breve: manutenzione dei livelli essenziali di assistenza non più rinviabile, politiche di compartecipazione alla spesa che limitano l'autonomia delle regioni nella definizione dei ticket sanitari; effettiva possibilità dei sistemi regionali di rivedere ruolo e organizzazione della assistenza primaria, rispetto ai vincoli che saranno imposti dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN); rigidità nella gestione del personale e aumento delle inabilità a seguito dell'aumento dell'età media del personale in servizio (a seguito della Legge Fornero); parziale blocco del *turnover* legato a normative nazionali; aumento delle richieste di risarcimento e della “medicina difensiva” alla luce di una sola parziale protezione assicurativa del personale sanitario prevista dalla legge Balduzzi. Su tutti certamente emerge il quadro che si delinea attraverso il nuovo assetto costituzionale, e in parte anche attraverso il nuovo ‘Patto per la Salute’ e l'effettiva potestà delle Regioni di organizzare e governare il sistema sanitario regionale.

• Non solo spendere meno, ma spendere meglio.

L'erogazione può essere affidata a chi soddisfi i requisiti richiesti. La programmazione è compito prioritario ed è riservata ai livelli di governo.

Programmare significa cogliere e misurare il fabbisogno di prestazioni ospedaliere e territoriali e contrattualizzare chi eroga l'offerta, stabilendo regole certe.

Qui sta la novità dell'azione di governo: il contratto non rappresenta solo una compatibilità economica (la presenza di un tetto che limiti la possibilità di spesa); nel nuovo sistema il contratto deve ottimizzare l'investimento, individuando la quantità e il mix delle specifiche tipologie di prestazioni che Regione attende dal singolo erogatore come contributo al soddisfacimento del fabbisogno complessivo. Le ASL non sono più solo “aziende” con limitata autonomia, ma “agenzie”, con compito di indirizzo programmatico e governo territoriale.

• Misurare per decidere.

Il governo di un sistema impone di garantire la trasparenza dei dati e delle metodologie di misura.

Ogni azione programmatica trova fondamento nella misurazione degli impatti delle scelte agite e nella valutazione della loro efficacia. Lo sviluppo dei sistemi informativi sanitari in Lombardia garantisce una rilevante base conoscitiva; il passaggio da compiere è aggiungere ai dati di erogazione, fruizione e costi, i dati epidemiologici e quelli relativi alla qualità e quantità delle prestazioni. Non è più sufficiente rispettare i LEA controllando che non eccedano la spesa prevista: occorre conoscere il numero di prestazioni e poter analizzare effetti ed esiti delle cure. Così come occorre che si valuti direttamente la qualità del servizio, anche con metodi di *vendor rating*. La trasformazione impone quindi di mettere a disposizione dati in entrata per programmare e in uscita per valutare; soprattutto perché le persone possano scegliere.

- **Il sistema di finanziamento: non più spesa, ma un investimento diverso.**

Le risorse del sistema sono destinate a non aumentare. La domanda di assistenza territoriale è però in crescita: è quindi questo il livello di assistenza in cui deve essere sviluppata l'offerta. Tale incremento deve essere però orientato a garantire che a ogni euro investito nel potenziamento dei servizi territoriali corrisponda almeno un euro di risparmio nell'ospedalizzazione del paziente.

Se ci si prende cura, si cura di meno. Impostare una corretta strategia di presa in carico, che integra tutti i LEA sul paziente, compresa la prevenzione e la promozione della salute, permette di ridurre il ricorso dei pazienti cronici alle cure ospedaliere e rallenta l'evoluzione della patologia, migliorando la qualità della vita di chi ne soffre e riducendo al contempo i costi per il servizio sanitario.

- **La continuità assistenziale cambia i ruoli.**

È una piccola rivoluzione culturale dopo oltre cento anni di medicina fondata sul primato dell'acuto. Passare alla presa in carico del cronico significa che il paziente non è un caso (come altri) da risolvere, ma una persona (speciale) da accompagnare. "Continuità assistenziale" vuol dire seguire i pazienti nel loro percorso dal territorio all'ospedale e ancora al territorio. L'esigenza non è incrementare la quantità dei singoli servizi territoriali o delle residenze sanitarie per anziani, ma organizzare la presa in carico dei bisogni del cittadino, mantenendo il paziente al proprio domicilio il più possibile e collocando il luogo fisico della gestione prioritaria del paziente stesso in nuove strutture sul territorio (CSST, POT). Questo significa anche riattivare il dialogo, definire gli obiettivi e i meccanismi di incentivazione condivisi per avvicinare due comunità troppo distinte tra loro: quella dei medici ospedalieri e quella dei medici di medicina generale.

- **Più territorio significa più ricerca e più formazione.**

Il nuovo assetto permette di ricollocare le eccellenze di ricerca e cliniche, rivedendo e potenziando il supporto alla ricerca, sia attraverso la Fondazione regionale per la Ricerca Biomedica, sia attraverso il ripensamento del rapporto fra ospedale e Università, in modo da valorizzare le competenze già esistenti negli ospedali lombardi.

Nessun modello può funzionare senza la condivisione di professionisti motivati e competenti; per questo il riordino esige una revisione coraggiosa del sistema di formazione: non più diviso per comunità professionali, ma orientato alla continuità assistenziale e finalizzato all'efficacia della presa in carico delle persone.

4. I RISULTATI ATTESI

Il riordino del sistema porterà ad alcuni risultati rilevanti di seguito brevemente descritti.

4.1. Razionalizzazione dei servizi

Le ASL sono ridotte di numero e le funzioni amministrative accentrate. La Centrale Unica di Committenza deve inoltre garantire più efficienza e trasparenza nelle politiche di approvvigionamento.

4.2. Qualità

Ci si propone di conseguire un'ulteriore riduzione dell'inappropriatezza in ambito sanitario e sociosanitario e una maggiore adeguatezza nella risposta al bisogno grazie al potenziamento delle attività di valutazione e di sviluppo del governo clinico. Si prevede che l'accentramento e i modelli a rete per le unità diagnostiche o cliniche garantiscano un miglioramento di qualità e sicurezza per i pazienti e permettano di dare una risposta alla significativa riduzione del numero di specialisti attesa nei prossimi anni.

4.3. Riqualficazione del personale

La revisione della rete ospedaliera con livelli differenziati, lo sviluppo di reti di patologia e la scelta di integrare all'interno di un solo soggetto (AIS) i processi assistenziali territoriali e ospedalieri permetteranno una progressiva riqualficazione del personale oggi presente, che potrà essere dedicato agli aspetti di presa in carico della cronicità. Si prospetta un percorso sostenibile di potenziamento dell'assistenza territoriale, in grado comunque di garantire il mantenimento dei livelli occupazionali.

4.4. Maggior protagonismo delle persone

Il superamento della frammentazione della rete d'offerta, l'accentuazione del paradigma territoriale, la continuità assistenziale, la revisione del sistema di finanziamento delle strutture disegnano un modello incentrato sui bisogni della persona, che diventa indipendente dal sistema di offerta esistente, in grado di muoversi nel sistema di servizi secondo le proprie esigenze e mettendo in competizione i "care and welfare giver" secondo criteri di trasparenza, efficacia ed efficienza delle prestazioni.

4.5. Più continuità, più unità

L'iperspecializzazione e l'orientamento del sistema con le sue forme organizzative verso la patologia acuta fanno sì che oggi le persone si ritrovino spesso sole, con le loro famiglie, a ricomporre informazioni e percorsi di assistenza una volta usciti dall'ospedale. Potenziando i servizi di prossimità in stretto raccordo con i Comuni in una logica di presa in carico, le persone trovano più continuità assistenziale e più unità di cura e assistenza.

PARTE PRIMA – L'ANALISI DEL SISTEMA ESISTENTE

1. IL MODELLO SANITARIO E SOCIO SANITARIO LOMBARDO

1.1. Gli aspetti peculiari del modello

Il compito di un sistema sanitario e sociosanitario è quello di rendere efficacemente operativi i principi in cui trova fondamento il rapporto di cura che si instaura tra medico e paziente. Il sistema lombardo è stato costruito nel tempo soprattutto sulla base dei presupposti, dei principi e degli strumenti tecnici di seguito elencati.

1.1.1. La libera scelta da parte del cittadino e la parità tra erogatori pubblici e privati

In Lombardia le politiche sanitarie e sociosanitarie sono state progettate e realizzate perseguendo gli obiettivi di sussidiarietà orizzontale e verticale, attraverso la costituzione di una rete di attori istituzionali pubblici e privati. Si è venuto così a creare un modello plurale e trasversale, in cui anche il terzo settore ha un ruolo rilevante non solo in termini istituzionali/formali, ma anche funzionali/sostanziali.

Il modello lombardo è infatti basato sul rapporto “pubblico – privato”, che costituisce il secondo principio di riferimento, accanto alla sussidiarietà. Si tratta di un modello dove il sistema pubblico finanzia, ma non necessariamente eroga direttamente, i servizi in settori quali sanità, assistenza, istruzione, formazione professionale, inserimento al lavoro.

Nello specifico del sistema sanitario e sociosanitario, il ruolo della Regione resta quello di “regolatore”, mentre soggetti terzi (pubblici e privati) erogano i servizi su basi paritarie, a seguito della verifica del rispetto degli standard da parte della stessa Regione (attraverso procedure di accreditamento, monitoraggio, controllo e tariffazione). In tale modello vengono perseguiti contemporaneamente gli obiettivi di efficacia ed efficienza (attraverso la competizione tra gli erogatori) e di interesse pubblico, attraverso l'attività di regolazione e controllo della Regione.

L'applicazione di questo modello sostanzia il principio di libertà di scelta: viene infatti promossa come valore prioritario la qualità del servizio erogato, piuttosto che la gestione diretta pubblica del servizio, mentre i cittadini sono sicuramente interessati all'efficacia e alla qualità dei servizi, non lo sono allo stesso modo alla proprietà della struttura che eroga il servizio.

1.1.2. Il modello organizzativo e la separazione tra acquirenti ed erogatori di servizi sanitari e sociosanitari

Il secondo asse portante del modello sociosanitario lombardo è la separazione completa dell'assistenza ospedaliera-specialistica da quella territoriale. La prima viene erogata dalle aziende ospedaliere, attraverso tutte le prestazioni di ricovero, ambulatoriali e legate alla salute mentale, la seconda è in capo alle ASL, che assicurano anche le funzioni di programmazione, acquisto e controllo. Nel corso degli anni è stato superato il finanziamento a spesa storica introducendone uno misto a prestazione e a funzioni, pur prevenendo contributi

specifici per gli ospedali pubblici.

Tale scelta ha messo in atto le condizioni organizzative per uno sviluppo autonomo degli ospedali orientato alla logica della utilità e della validità del servizio erogato e in tal modo le ASL hanno potuto concentrarsi sulla loro funzione di tutela e di promozione della salute e di verifica e controllo della appropriatezza delle prestazioni erogate dai diversi soggetti a livello territoriale.

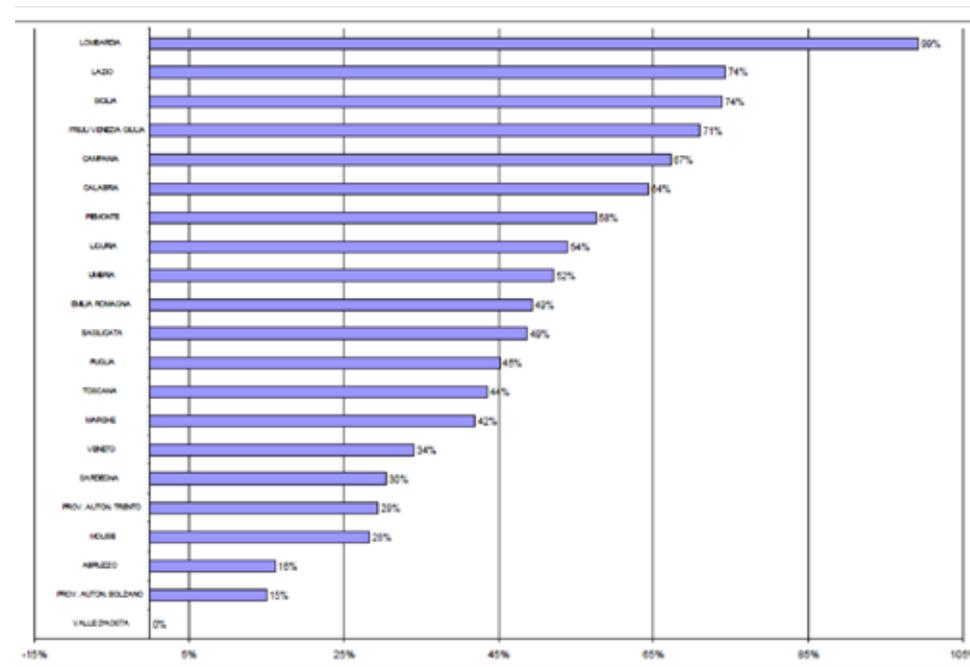
Sono rimasti in capo alle ASL il governo e la gestione della prevenzione umana e veterinaria, le cure primarie e l'erogazione diretta, pur solo in un ambito di competizione con i privati, di interventi e servizi sociosanitari. I Dipartimenti per le Attività Socio Sanitarie Integrate (ASSI) e i Dipartimenti per le Dipendenze, oltre a erogare alcune prestazioni, svolgono le funzioni di analisi dei bisogni sociosanitari, di programmazione delle risposte, di controllo e acquisizione di prestazioni dagli enti terzi accreditati. Le Direzioni Sociali delle ASL ed i loro Dipartimenti ASSI svolgono altresì le funzioni di raccordo con i Comuni per l'integrazione del sistema sociale con quello sociosanitario nell'ambito della programmazione sociale territoriale e per la realizzazione di politiche di welfare a favore delle famiglie.

1.1.3. Il sistema di finanziamento

Il modello adottato da Regione Lombardia ha permesso di dare piena attuazione, a differenza di altre Regioni, al sistema di finanziamento a prestazione previsto dal D.Lgs. 502/92. La leva tariffaria permette infatti di poter governare il sistema, penalizzando eventuali comportamenti opportunistici, per incentivare l'effettuazione di prestazioni ritenute di prioritaria necessità, per premiare la qualità e le buone performance delle strutture.

La tabella evidenzia la peculiarità della Lombardia rappresentando l'incidenza di posti letto riferibili a produttori puri di prestazioni ospedaliere, pagati a prestazione (Aziende Ospedaliere, strutture equiparate alle pubbliche, case di cura accreditate) su quelli totali disponibili nelle diverse regioni, che comprendono anche quelli dei presidi delle ASL che sono, invece, finanziate per quota capitaria.

Incidenza dei posti letto riferibili a produttori di prestazioni ospedaliere pagati a prestazione su quelli totali disponibili nelle diverse regioni



Fonte: E. Cantù, C. Carbone, SDA Bocconi 2009

Dalla tabella seguente si evince che i sistemi regionali che hanno più investito sui sistemi di finanziamento a prestazione sono quelli che più hanno potuto garantire in sicurezza un sistema di "quasi mercato", garantendo anche la migliore gestione delle risorse del fondo sanitario nazionale.

Posizionamento dei SSR rispetto a investimento sui sistemi tariffari e ampiezza del quasi mercato

		Quasi mercato	
		Basso	Alto
Investimento sui sistemi tariffari	Alto	VEN, TOS, PUG	LOM, PIE, LAZ, UMB, LIG, FVG, EMR
	Basso	VDA, SAR, MOL, MAR, BZ, ABR, TN	SIC, CAM, CAL, BAS

Fonte: E. Cantù, C. Carbone, SDA Bocconi 2009

Un ulteriore esempio concreto e significativo di come l'investimento sul sistema tariffario e sulla sua manutenzione porti ritorni interessanti è rappresentato dall'impatto che ha avuto sul sistema regionale lombardo la modifica, dal 2008, delle regole di remunerazione della casistica ospedaliera codificata come complicata, che è ad alto rischio di opportunismo di rendicontazione. Questa politica ha ridotto del 8,5% il valore riconducibile alla stessa casistica codificata come complicata, ma con degenza breve e ha portato a un minore costo di circa 45 milioni di euro da destinarsi ad attività di ricovero più necessarie ed appropriate (Fonte: *Empirical Economics – Martini, Berta ed altri, Università di Bergamo e Milano Bicocca*).

Anche il sistema di voucher adottato in ambito sociosanitario a partire dal 2011, per l'Assistenza Domiciliare Integrata, è un primo passo importante verso il concetto di presa in carico delle fragilità. Il voucher è una modalità di remunerazione di un pacchetto di cure erogato da soggetti pubblici e privati accreditati, che il cittadino sceglie dopo una valutazione multidimensionale del bisogno. Si tratta di una esperienza che ha visto coinvolte tutte le ASL della Regione Lombardia, è stato messo a regime nel 2012, è ad oggi ben compreso e accettato dai gestori e dalle famiglie ed è monitorato per garantire un tempestivo adeguamento evolutivi dei pacchetti erogati ai bisogni.

Anche a livello europeo molti Paesi hanno adottato strumenti di finanziamento dell'assistenza gestiti direttamente dall'utenza come emerge dalla tabella che segue.

Esempi di finanziamenti gestiti direttamente dall'utenza per assistenza sociosanitaria

	Olanda 	Belgio 	Germania 	Austria 	UK 	Francia 
Denominazione	Personal Budget	Personal Assist. Budget	Pflegeversicherung	Pflegegeld	Direct Payment	Allocation Pers. Autonomie
Accesso ai finanziamenti dipendente dal reddito	No	No	No	No	Si	No
Compartecipazione dell'utenza alla spesa	Si	No	No	No	Si (definita a livello locale)	Si
Rendicontazione delle spese da parte dell'utente	Si	Si	No (in via di cambiamento)	No (in via di cambiamento)	Si	Si
Ammontare medio dei finanziamenti all'utenza (€/utente)	€ 16.500 /anno	€ 24.000 /anno	€ 8.500 /anno	€ 10.900 /anno	€ 18.000 /anno	€ 10.000 /anno
Ricorso a erogatori non accreditati (es. familiari)	Si	Si	Si	Si	No	Si
Formalizzazione del contratto di servizio a carico dell'utenza	Si	Si	No	No	No	n.d.
% finanziamenti gestiti direttamente dall'utenza	• 20% beneficiari • 8% spesa	n.d.	• 79% beneficiari* • 62% spesa*	n.d.	• 3% beneficiari • 2% spesa	n.d.

1.1.4. Accredimento, qualità e sistema dei controlli

La competizione tra soggetti erogatori, e in particolare tra pubblico e privato, associata a una dislocazione di capacità produttiva eventualmente superiore al fabbisogno (nell'auspicio che possa essere il cittadino, scegliendo la struttura ritenuta di maggiore qualità, a determinarne il maggiore o minore successo competitivo), a fronte di alcuni indubbi aspetti positivi è però

anche potenzialmente pericolosa perché rischia di tradursi in una generazione di domanda inappropriata.

Per questo è richiesta una maggiore attenzione nell'applicazione e controllo di regole chiare, condivise e rispettate. Il sistema di regole ha come principali strumenti di tutela l'accreditamento, la verifica della appropriatezza e delle performance degli erogatori e i controlli fatti sul campo dai Nuclei Operativi di Controllo delle ASL sulla congruenza della codifica delle schede di dimissione ospedaliera e sulla corretta prescrizione ed erogazione delle prestazioni ambulatoriali.

L'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie definisce i requisiti minimi di tipo strutturale, organizzativo e tecnologico che le strutture sanitarie devono avere per poter erogare prestazioni di sicurezza sufficiente a tutela dei pazienti e degli operatori. Si tratta sì di uno strumento minimale, ma viene previsto dalla normativa a supporto di un sistema in cui possa essere praticata la libertà di scelta dei cittadini e garantita una molteplicità di erogatori pubblici e privati. È un segnale di svolta previsto negli anni novanta dalla normativa dello Stato, che è stato largamente disatteso a livello nazionale così come lo è stata l'implementazione di un valido sistema di finanziamento a prestazione delle attività. Regione Lombardia nel 1998 aveva approvato gli ulteriori requisiti di accreditamento, dando inizio al percorso dell'accreditamento istituzionale terminato nel 2001. Si rileva che ancora in questi anni la normativa nazionale continua a porre obiettivi relativi all'accreditamento istituzionale, situazione che evidenzia una mancanza significativa nel supporto alla buona gestione dei sistemi sanitari regionali.

Anche l'accesso al sistema erogativo sociosanitario da parte di soggetti pubblici e privati è regolato da requisiti autorizzativi e di accreditamento. Questo sistema è rafforzato da un ulteriore criterio di accesso, costituito dalla valutazione della capacità finanziaria e gestionale dell'ente gestore, ciò per garantirne la solidità.

Per quanto riguarda il sistema di controlli, presso le 15 ASL regionali sono operativi i Nuclei Operativi di Controllo (NOC), che con 150 operatori verificano annualmente l'appropriatezza di erogazione e di congruità di prescrizione e rendicontazione del 14% delle attività di ricovero e del 3,5% delle attività ambulatoriali. Si tratta di attività articolate, che garantiscono una corretta copertura degli ambiti di verifica, come dimostra il confronto con altre Regioni italiane a seguire riportato in tabella.

Fa parte del sistema dei controlli anche l'attività di valutazione delle performance qualitative delle strutture avviata negli ultimi 3 anni, i cui esiti sono pubblicati su un portale in rete al quale le strutture possono accedere per conoscere, con finalità di autovalutazione e di automiglioramento, il proprio posizionamento rispetto ad indicatori di appropriatezza, di qualità dei processi sanitari, di accessibilità dei servizi, di efficienza ed efficacia delle attività. In ambito sociosanitario, l'attività di vigilanza e controllo sulle strutture autorizzate e/o accreditate svolta dalle ASL ha la finalità di promuovere una maggiore qualità dei servizi sociosanitari: negli ultimi anni, tale attività è stata rafforzata e resa più omogenea, attraverso l'individuazione ed il monitoraggio di indicatori di appropriatezza delle prestazioni nella rete di unità di offerta sociosanitarie.

Azioni di governo dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere da parte dei SSR

REGIONI	Incentivazione regimi alternativi al RO per DRG specifici	Altre tipologie di controllo (ricoveri ripetuti, parti cesarei, ecc.)	Controllo su DRG ad elevato rischio di inappropriatazza	Attivazione nuclei operativi di controllo
Abruzzo	X			
Basilicata	X			
Bolzano	X			
Calabria			X	
Campania	X		X	
Emilia Romagna	X		X	X
Friuli Venezia Giulia	X			
Lazio	X	X	X	
Liguria	X	X	X	
Lombardia	X		X	X
Marche			X	
Molise	X		X	
Piemonte				
Puglia			X	
Sardegna			X	
Sicilia	X			
Toscana	X	X	X	
Trento	X			
Umbria	X			
Valle d'Aosta	X		X	
Veneto			X	X

1.1.5. Il livello di programmazione regionale

Dopo un iniziale periodo di programmazione, volutamente connotato dalla libera espansione dell'offerta, si è transitati ad un diverso sistema che ha introdotto la definizione di tetti di spesa e la contrattazione tra ASL ed erogatori pubblici e privati accreditati.

Il contratto tra ASL ed erogatori pubblici e privati è stato ed è uno strumento fondamentale per il governo del sistema. Tale processo negoziale è servito non solo per controllare la spesa sanitaria ma anche per raggiungere alcuni obiettivi qualitativi e di miglioramento dell'accessibilità quali ad esempio la riduzione dei tempi di attesa.

Di conseguenza si è cercato di far coincidere il volume di prestazioni erogate con il bisogno, pur dichiarando necessità di maggiore appropriatezza e controllo.

Oltre che dai tetti di spesa il governo dell'offerta è stato sostenuto da un'attenta politica tariffaria che ha contribuito a mantenere l'equilibrio di sistema, che Regione Lombardia garantisce da 10 anni. Nell'attuale assetto normativo nazionale, il mantenimento dell'autonomia regionale in tema di gestione e organizzazione del SSR è strettamente legato al mantenimento dell'equilibrio economico.

L'equilibrio economico non può però solo essere l'obiettivo di un sistema, ma deve essere l'esito di una buona strutturazione ed organizzazione dei servizi, che trova la sua applicazione nella definizione di budget da assegnare alle aziende erogatrici attraverso un processo negoziale.

All'interno dei tetti di spesa, l'offerta si è sviluppata anche attraverso l'innovazione tecnologica con l'introduzione di apparecchiature e tecnologie costose e sofisticate che hanno consentito di apportare importanti modifiche organizzative e garantire prestazioni professionali di primordine.

Infine l'intera programmazione regionale ha ricevuto sollecitazioni di sviluppo da parte della comunità professionale, in particolare attraverso la costituzione delle reti di patologia.

1.1.6. Il processo di aziendalizzazione

Lo sviluppo in Lombardia di un sistema sanitario in grado di mantenere al contempo qualità, capacità innovativa ed equilibrio economico-finanziario, si è potuto realizzare in gran parte attraverso il progressivo sviluppo dell'aziendalizzazione, previsto dalla normativa nazionale, ma accelerato dal sistema competitivo fra erogatori pubblici e privati. Hanno in particolare contribuito al processo di aziendalizzazione il sistema di controllo di gestione (che ha reso più efficiente il processo di allocazione delle risorse), l'autonomia e la responsabilità attribuita alle aziende sanitarie.

Nuove logiche di gestione del personale sono state introdotte con l'aziendalizzazione, in particolare la responsabilizzazione della dirigenza, attraverso l'assegnazione di obiettivi e un sistema di valutazione permanente dei risultati.

La costituzione dei dipartimenti ospedalieri e di nuovi assetti organizzativi modulati sulla complessità assistenziale e di cura (alta, media e bassa intensità) ha promosso logiche di ottimizzazione dell'uso delle risorse, favorendo la valorizzazione delle competenze professionali. In alcuni ambiti clinici, la realizzazione di dipartimenti interaziendali (ad es. Dipartimenti Interaziendali Oncologici Provinciali) ha favorito lo sviluppo di funzioni di governo clinico interaziendale, attraverso i collegamenti con le articolazioni sanitarie e sociosanitarie del sistema, secondo un modello di rete centrato sulla persona.

1.1.7. Le risorse strutturali: tante e aggiornate

La Lombardia dispone di 29 aziende ospedaliere pubbliche; 5 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e 20 privati (più di un terzo del totale nazionale); esistono inoltre sul territorio strutture ospedaliere private accreditate, che rappresentano circa il 30% degli istituti di ricovero. Complessivamente la Lombardia dispone di circa 37.500 posti letto, pari a 3,7 posti letto per ogni 1.000 abitanti residenti.

Alla dotazione strutturale si associa una significativa disponibilità tecnologica. Negli anni la Lombardia ha incrementato la dotazione strumentale portandosi da posizioni sotto la media nazionale al superamento di questa media proprio mentre nello stesso periodo tutte le altre regioni aumentavano in genere la propria dotazione. Oggi in Lombardia è attiva un'apparec-

chiarura per Risonanza Magnetica Nucleare ogni 140.000 abitanti ed una per PET (Tomografia a Emissione di Positroni) ogni 600.000 abitanti.

A partire dal 1999 Regione Lombardia ha sottoscritto con il Ministero della Salute e con il Ministero dell'Economia e delle Finanze sette Accordi di Programma Quadro in materia di Edilizia Sanitaria, di cui l'ultimo sottoscritto nel 2013, mirati alla riqualificazione e all'ammmodernamento della rete ospedaliera, per un investimento complessivo di 2,6 miliardi di euro. A partire dal 2000 Regione Lombardia è stata la regione in Italia che ha messo in atto più interventi, arrivando ad attuarne 222.

Nell'ambito degli interventi sopra indicati, grazie alla capacità di accedere ai finanziamenti messi a disposizione dallo Stato e alla capacità realizzativa, sono stati costruiti 9 nuovi ospedali: Lecco, Legnano, Vimercate, Niguarda, Bergamo, Como, Varese, Broni-Stradella e Garbagnate Milanese, che costituiscono il punto qualificante del programma di edilizia sanitaria di Regione Lombardia. A questo obiettivo è importante affiancarne un altro che riguarda interventi di grandi riqualificazioni che possono considerarsi al pari delle realizzazioni dei nuovi ospedali. Tra quelli più significativi rientrano le riqualificazioni degli ospedali di Brescia, di Monza, del S. Matteo di Pavia (nuovo DEA) e di Mantova.

A completamento di questo insieme di azioni Regione Lombardia ha inoltre avviato, attraverso risorse provenienti nella stragrande maggioranza dal sistema regionale, progetti strategici quali la realizzazione del nuovo Policlinico di Milano e della Città della Salute e della Ricerca, inseriti in Accordi di Programma.

L'attuazione degli investimenti con i buoni risultati conseguiti è stata possibile in virtù di una solida programmazione coniugata ad una capacità realizzativa e di spesa. Infatti Regione Lombardia, a fronte di finanziamenti assegnati, ha dimostrato, nella realizzazione degli interventi, una forte capacità di spesa, che rappresenta un indicatore fondamentale per la valutazione dell'iter realizzativo. Anche nelle relazioni della Corte dei Conti emerge come, sia nell'Accordo di Programma Quadro del 1999 che nei successivi Atti integrativi in corso di attuazione, le percentuali di avanzamento fisico degli interventi e della correlata erogazione delle risorse siano a livelli molto elevati, attestandosi mediamente ben oltre il 90% la prima e ben oltre l'80% la seconda.

Ciò non di meno anche l'utilizzo delle risorse finanziarie viene costantemente monitorato in coerenza con le tempistiche di realizzazione delle opere.

Oltre a perseguire l'obiettivo di ammodernare ed implementare la rete ospedaliera dal punto di vista strutturale, notevole attenzione è stata posta nell'aggiornamento e nel potenziamento del parco tecnologico che rappresenta ormai condizione quasi imprescindibile nel moderno modo di fare salute. Solo con il Quinto Atto Integrativo all'Accordo sono stati investiti 250 milioni di euro per apparecchiature tecnologiche destinate ai nuovi ospedali; altri 55 milioni, sempre destinati ai nuovi ospedali, sono stati inoltre investiti attraverso lo strumento del leasing.

Parallelamente a questi investimenti, che godono nella maggior parte dei casi di finanziamenti statali, Regione Lombardia con risorse rinvenute all'interno del proprio bilancio ha approvato negli ultimi 5 anni due piani di investimenti in tecnologie sanitarie per un valore complessivo di 150 milioni di euro. A fronte di questa mole di risorse destinate al potenziamento e al rinnovo del parco tecnologico sanitario, Regione Lombardia nel corso del 2013 ha istituito un nuovo organismo, la Commissione per le Tecnologie Sanitarie, con il compito di valutare gli investimenti effettuati, i benefici attesi, gli impatti territoriali, al fine di analizzare il sussistere di future necessità.

Anche nell'ambito degli investimenti in tecnologie sanitarie, emerge la specificità e peculiarità della Lombardia rispetto alle altre regioni, laddove è riuscita a prevedere, anche attraverso strumenti innovativi quali il leasing e il fondo di rotazione, tra il 2008 e il 2013 investimenti per complessivi 210 milioni euro.

1.1.8. L'Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza (AREU) e il Numero Unico dell'Emergenza – 112

Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza

Attraverso l'istituzione e l'attivazione di AREU (2 aprile 2008), Regione Lombardia ha promosso lo sviluppo, l'omogeneizzazione e l'implementazione del soccorso sanitario di emergenza e urgenza territoriale nell'intera regione. Dal 1° maggio 2010 ad AREU è stata assegnata anche l'attività di coordinamento del trasporto delle equipe di trapianto regionali, dei relativi organi e tessuti e dei pazienti che devono urgentemente afferire ai Centri trapianto regionali. Il terzo ambito di azione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza è il coordinamento dei dipartimenti (DMTE), dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta, al fine di incrementare il livello di efficienza e di efficacia funzionale del sistema sangue regionale.

Attraverso AREU si è operato un programma di riorganizzazione, che prevede il passaggio da 12 Centrali Operative provinciali a 4 Sale Operative Regionali, e un potenziamento dei mezzi di soccorso, definito sulla base dell'analisi dei volumi di attività, delle caratteristiche geomorfologiche del territorio e di altri parametri quali i tempi di intervento, i codici di gravità, la popolazione residente, la mobilità, la viabilità, la rete dei presidi ospedalieri sul territorio. La riorganizzazione ha consentito l'ammmodernamento della tecnologia delle Centrali operative (le quattro Sale Operative sono oggi totalmente in rete e in grado di vicariarsi a vicenda in caso di crash) e l'adeguamento e il potenziamento delle tecnologie a bordo dei mezzi di soccorso: a titolo di esempio, a bordo dei mezzi ci sono oggi 233 elettrocardiografi in grado di teletrasmettere immagini, rispetto ai 74 del 2009.

Lo sviluppo e l'omogeneizzazione delle attività e dei percorsi formativi rivolti al personale, insieme con l'introduzione di nuovi modelli operativi (ad esempio la nuova tipologia di mezzo di soccorso con infermiere a bordo) garantisce oggi una gestione di risposta più uniforme negli interventi di soccorso su tutto il territorio regionale, con riduzione dei tempi di intervento, incremento dei mezzi avanzati e più puntuale individuazione dei centri di riferimento ospedalieri più idonei. Ad oggi, AREU opera con 260 mezzi di soccorso di base, 51 mezzi di soccorso intermedi (con infermiere) e 59 mezzi di soccorso avanzato, oltre a 5 elicotteri. Ogni anno si contano quasi 770.000 missioni e circa 700.000 persone soccorse.

Numero Unico dell'Emergenza 112

L'attivazione del Numero Unico dell'Emergenza 112 in tutta la Lombardia si basa sull'intesa tra Ministero dell'Interno e Regione Lombardia (4 luglio 2011) e rappresenta il primo modello per l'Italia di un'unica Centrale per tutte le chiamate di emergenza così come già avviene in diversi Paesi europei. Gli operatori della Centrale NUE 112 hanno il compito di smistare le chiamate, dopo aver localizzato il chiamante, all'ente competente a dare risposta alla specifica chiamata di emergenza (Polizia, Carabinieri, Vigili del Fuoco e Soccorso sanitario). In Regione sono previste tre Centrali (call center NUE 112) con sede a Varese (per le province di Varese, Lecco, Como, Bergamo e Monza e Brianza), a Milano (per la provincia di Milano) e a Brescia (per le province di Brescia, Pavia, Cremona, Mantova, Sondrio e Lodi). Ad oggi sono attivi i call center 112 di Milano e di Varese. I lusinghieri risultati del pro-

getto (garanzia di una rapida risposta sempre, filtro del 65% delle chiamate inappropriate, puntualità delle localizzazioni pari al 98% da telefono mobile e al 90% da telefono fisso, coordinamento interforze, servizio multilingue e accesso alle persone con diversa abilità) hanno identificato il NUE 112 lombardo come il modello da seguire a livello nazionale, come conferma l'adesione di alcune altre realtà regionali.

1.1.9. Le reti di patologia

Le reti di patologia costituiscono una realtà consolidata nel sistema sanitario regionale e sono state sviluppate quale modello innovativo di organizzazione dell'assistenza, fondato sull'integrazione multiprofessionale e improntato alla messa in rete dei servizi che erogano prestazioni nel campo di specifiche patologie.

Sono costituite dalle organizzazioni e dai professionisti che svolgono la loro attività a favore del paziente, con l'intento di condividere informazioni e modalità di approcci alla prevenzione, diagnosi e cura di determinate patologie, nell'ottica di fornire un'assistenza di qualità equa e condivisa.

Le reti sono supportate tecnologicamente dalla infrastruttura del SISS, per facilitare lo scambio di informazioni cliniche, scientifiche e gestionali, allo scopo di promuovere sinergia e integrazione fra i diversi attori.

Questo strumento ha generato una solida piattaforma culturale nella comunità professionale rivolta prevalentemente all'ambito scientifico come ad esempio lo sviluppo ed aggiornamento di linee guida e PDTA oppure il coordinamento della ricerca clinica.

Le principali patologie che hanno determinato la costituzione di specifici network sono state: i tumori, l'epilessia, lo stroke, l'artrite reumatoide, l'infarto miocardico, le malattie rare e l'insufficienza renale.

Purtroppo la volontà organizzativa di creare dei network per facilitare lo sviluppo di modelli ed organizzazioni sempre più finalizzati a fornire al cittadino un'assistenza di qualità equamente distribuita nel territorio regionale, non sempre ha dato gli effetti sperati.

In realtà, il baricentro dell'azione si è sbilanciato verso lo sviluppo di reti di professionisti che hanno contribuito a creare importanti piattaforme culturali, consolidando la partecipazione ed il contributo di tutta la comunità professionale. Tuttavia questa importante dote culturale, per generare valore, dovrà essere traslata in azioni con concrete ricadute nella realtà assistenziale.

In futuro, le reti dovranno essere soprattutto in grado di migliorare la qualità assistenziale dei pazienti attraverso la verifica della qualità erogata del percorso assistenziale e nel contempo offrire spunti e suggerimenti per la razionalizzazione delle risorse, con particolare riferimento all'ambito delle tecnologie ad alto costo.

1.1.10. Integrazione del sistema sociosanitario – sociale

La rete di offerta sociosanitaria lombarda è caratterizzata, come si vedrà nel capitolo dedicato relativo all'erogazione dei LEA, da una molteplicità di servizi e strutture, con una loro presenza capillare su tutto il territorio.

Alla rete sociosanitaria si affianca quella sociale, costituita da 115 servizi residenziali e semiresidenziali diurni per anziani autosufficienti, 274 servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità. La rete sociale si completa con i servizi per l'infanzia e i minori. A questi si aggiungono i servizi di assistenza domiciliare per anziani (SAD), persone con

disabilità (SADH) e minori (ADM), cui hanno fatto riferimento nel 2013 oltre 40.000 utenti. Il ruolo dei Comuni risulta, in questo senso, di primaria importanza in quanto titolari delle funzioni amministrative in materia di servizi sociali. Essi sono chiamati a partecipare attivamente alla programmazione sociosanitaria, devono coprire parzialmente la spesa per i servizi sociosanitari delle famiglie che versano in particolari condizioni di bisogno e sono responsabili delle unità di offerta sociali.

Un ultimo attore è individuabile nel Terzo Settore: il principio di sussidiarietà alla base del sistema di welfare lombardo attribuisce ad esso un ruolo operativo strategico.

Nella maggior parte dei paesi considerati in un benchmarking effettuato sulla governance delle politiche sociosanitarie e sociali, la gestione delle politiche sociosanitarie si concentra a livello regionale. Il modello lombardo, attraverso la valutazione unica del bisogno, si sta avvicinando ad alcune realtà europee particolarmente evolute nel controllo dell'appropriatezza. Nel caso delle politiche sociali, il baricentro istituzionale e gestionale tende a posizionarsi a livelli istituzionali locali ed è a questo livello che viene attuata l'integrazione con la programmazione sociosanitaria.

Caratteristiche degli assetti di governance dei servizi sociosanitari analizzati

- Elemento -	Germania	Francia	Regno Unito	Spagna	Paesi Bassi	Italia (Focus Lombardia)
Modalità di finanziamento	Assicurazione pubblica / privata	Assicurazione pubblica Fondi statali e dipartimentali	Fondi nazionali Fondi regionali	Fondi nazionali Fondi regionali	Assicurazione pubblica / privata	Fondi nazionali
Potestà legislativa	Livello statale (federale)	Livello statale	Livello statale	Doppio livello: - Statale - Regionale	Livello statale	Doppio livello: - Statale - Regionale
Programmat. sociosanitaria	Gestita a livello di Lander	Misto regionale e dipartimentale (per rispettivi ambiti di competenza)	Più livelli: statale, "intermedia", regionale	Linee guida statali Programmat. regionale	Definizione standard Stato Programmat. Offerta: Regioni	Linee guida statali Programmat. regionale
Accreditamento e autorizzazione	Lander (Casse Mutue)	Statale Regionale (ARS - Agenzia Reg. Salute) Locale	"Nazionale" (National Health System)	Regionale	Statale	Regionale
Verifica e controllo	Lander (Ministeri competenti per materia)	Statale Regionale (ARS) Locale	"Nazionale" (NHS) Regionale (SHA - Strategic Health Authority)	Regionale	Statale	Regionale tramite le ASL
Accesso servizi / Valutaz. bisogno	Lander (Casse Mutue)	Accesso: CCAS (Comuni) Valutazione: dipartim. / ARS / Stato	Locale (Care Trust e Local Authority)	Regionale	Livello regionale (Organismo indipendente di valutazione)	ASL attraverso modello di valutazione regionale
Programmazione sociale	Locale (Comuni e province)	Misto regionale e dipartimentale	Linee guida: a livello statale e "intermedia" Programmat. operativa: locale	Linee guida statali Programmat. regionale	Linee guida statali Programmat. servizio sociale: comunale	Programmat. servizio sociale: comuni e ASL (Piani di Zona)

1.1.11. Innovazione e ricerca in campo sanitario in Lombardia

Innovazione e ricerca: motore di sviluppo del territorio

L'innovazione è alla base dello sviluppo di un territorio, non solo dal punto di vista economico ma anche in senso complessivo, in quanto rappresenta un fattore fondamentale per la promozione del benessere delle persone, contribuendo a risolvere le questioni aperte nella società.

La Lombardia è una realtà di 10.000.000 di abitanti nella quale operano 6 Facoltà di Medicina e Chirurgia, 25 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, che si colloca al primo posto in Italia per gli studi clinici. Inoltre sono presenti 100 aziende farmaceutiche e oltre 30 Centri di Ricerca aziendale che ne fanno la prima regione farmaceutica e biotech in Italia.

Per il territorio lombardo quindi – e particolarmente per l'Amministrazione Regionale – l'innovazione costituisce un elemento centrale attorno a cui costruire la propria visione e le proprie policy in materia di sanità e di sviluppo di capitale umano e tecnologia. Regione Lombardia ha da sempre promosso la ricerca e l'innovazione con interventi in molti casi di frontiera in termini di finalità e strumenti. I decisori politici agiscono quindi attraverso un cambio di prospettiva: il sistema sanitario non è solo la risposta a fondamentali diritti che assorbono risorse, ma deve essere anche inteso come una leva dinamica di sviluppo economico che genera innovazione, investimenti e prospettive di occupazione.

L'innovazione dipende da una serie di molteplici fattori: alla base vi sono ovviamente investimenti in ricerca, ma tuttavia indirizzare finanziamenti alla ricerca, sebbene costituisca un elemento importante del processo, non garantisce di generare innovazione. Sussistono infatti, altri importanti e molteplici fattori, legati a come tali investimenti vengono utilizzati, alle scelte strategiche, alle condizioni ambientali, alla regolamentazione che permette di proteggere e catturare il valore creato.

Integrazione e sinergia fra gli attori

Le politiche per lo sviluppo della ricerca e dell'innovazione sono articolate, complesse e nascono dall'azione congiunta di molteplici attori quali cittadini, imprese, centri di ricerca e università, enti territoriali e pubblica amministrazione, professionisti e scienziati.

Più livelli di intervento agiscono, inoltre, a definire la strategia del settore di ricerca e innovazione: politiche europee, nazionali e regionali. Un esempio paradigmatico di sinergie tra i diversi attori del sistema, si riscontra in Regione Lombardia nell'azione di sviluppo della ricerca nel settore sanitario, frutto di un'ampia collaborazione tra esperti del mondo accademico, dei servizi sanitari e delle imprese collegate alla salute, che insieme fanno "rete" e insieme fanno "sistema". Un sistema di qualità, di continuità delle cure, di appropriatezza clinica, di innovazione tecnologica e organizzativa e di razionalizzazione delle risorse che definiscono il modello lombardo di sanità.

Quadro programmatico di riferimento

Uno degli elementi fondamentali per l'attivazione di politiche di sviluppo della ricerca, è la definizione del quadro di riferimento in cui l'azione dei *policy maker* si possa orientare in armonia con tutti gli attori coinvolti.

Per Regione Lombardia i documenti strategici di riferimento per l'orientamento delle politiche sono il Programma Regionale di Sviluppo (PRS) che definisce azioni per promuovere lo sviluppo economico, sociale e territoriale della Lombardia e nell'ambito più specifico delle poli-

cy sanitarie il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR 2010 - 2014). Nel PSSR viene definito il ruolo di *governance* regionale rispetto al settore ricerca e innovazione che si concretizza quale azione di coordinamento e implementazione dei risultati ottenuti con l'obiettivo di rendere immediatamente disponibile per i cittadini il valore aggiunto conseguente all'attività di ricerca stessa. Lo sviluppo della ricerca avviene in sussidiarietà orizzontale anche mediante il consolidamento dei "cluster sanitari" e dei *network* di ricerca regionale universitari e non, per servizi e progetti industriali del mondo farmaceutico, biomedicale e *biotech*.

Internazionalizzazione

Il Sistema Sanitario Regionale, la sua ricerca e i suoi ricercatori, dialogano e attivano sinergie con le realtà internazionali per creare valore aggiunto dallo scambio di competenze e saperi.

L'obiettivo di Regione è implementare al di là dei confini nazionali, il sistema di alleanze sanitarie intessendo nuove relazioni al fine di sviluppare e trasferire il nostro know-how in un circolo virtuoso di sinergie e di reciproci stimoli.

Gli strumenti e le azioni strategiche individuate per promuovere questo virtuoso scambio internazionale sono articolati in tre aree:

a) area delle cure con l'obiettivo di promuovere il sistema lombardo di erogazione delle cure sul mercato internazionale, incrementando il suo indice di attrazione da altri Paesi;

b) area della ricerca con l'obiettivo di promuovere la ricerca e la cooperazione scientifica in ambito sanitario con realtà avanzate di livello internazionale, incrementando la competitività internazionale del sistema lombardo di R&I e favorendo lo sviluppo del capitale umano occupato in attività di ricerca;

c) area del capitale umano con l'obiettivo di promuovere lo sviluppo del capitale umano impiegato nelle strutture del Servizio Sanitario Regionale attraverso scambi internazionali di studenti, ricercatori e professionisti della sanità, favorendo la mobilità dei ricercatori, il reclutamento di nuovi talenti dall'estero e garantendo condizioni lavorative per il rientro dei ricercatori.

1.1.12. Sperimentazioni gestionali pubblico/privato

Negli ultimi anni, Regione Lombardia ha realizzato una vasta esperienza in campo di sperimentazioni gestionali sanitarie, quale strumento innovativo per raggiungere le finalità proprie del Servizio Sanitario Regionale, a garanzia del perseguimento degli interessi pubblici e della tutela dei portatori di interesse.

Ad oggi sul territorio lombardo sono state attivate, nel tempo, complessivamente 22 Sperimentazioni Gestionali, principalmente sotto forma di "associazione di partecipazione" e "fondazione di partecipazione", che rappresentano circa un terzo di quelle avviate, al 2011, sull'intero territorio nazionale.

In linea generale, le finalità perseguite sono ascrivibili a due grandi tipologie, da un lato, la ricerca dell'efficienza e della qualità attraverso il concorso delle competenze e/o delle capacità finanziarie dei privati e, dall'altro, l'introduzione di modelli organizzativi gestionali per sperimentare nuove forme di governo delle attività sanitarie.

Alla luce delle esperienze maturate si possono esemplificare, quali obiettivi raggiunti, il miglioramento della qualità delle prestazioni, la riduzione dei costi, il finanziamento degli investimenti (ad es. per la riqualificazione tecnologica, per l'ammodernamento strutturale degli ospedali, ecc.), la promozione del trasferimento del know-how dal soggetto privato

al soggetto pubblico, la realizzazione di forme di governo innovative atte a gestire in modo "integrato", efficiente e qualitativo i servizi sanitari.

Nel corso dell'attuale legislatura, trascorso oltre un decennio dall'attivazione delle sperimentazioni gestionali sul territorio lombardo, si sta procedendo ad un attento monitoraggio e all'analisi complessiva delle esperienze in corso, al fine di valutare possibili margini di evoluzione e potenziamento dello strumento sin qui adottato e per eventualmente pervenire ad una revisione organica della materia, anche mediante un intervento legislativo che, pur nei limiti della concorrenza con la legislazione statale, rafforzi tale strumento in armonia con le riforme che verranno a determinarsi con il riordino del sistema sanitario.

1.1.13. Modalità innovative di prevenzione e promozione della salute

La prevenzione si differenzia da tutte le altre discipline mediche in quanto si rivolge non solo alle singole persone ma anche alle comunità.

Per questo è anche trasversale a diverse aree e competenze sia di tipo sanitario che non sanitario, quali la scuola, le attività produttive, il territorio, l'ambiente, lo sport, ecc.

In tale ottica il ruolo di programmazione regionale in materia di prevenzione e tutela sanitaria è indirizzato a sostenere e promuovere azioni che fanno riferimento ai principi di:

- *responsabilità* sostenendo la scelta consapevole e praticabile dei cittadini per la propria e altrui salute; evidenza scientifica di efficacia delle azioni da attuare;
- *integrazione e intersectorialità*, sostenendo un metodo di lavoro basato su obiettivi condivisi tra enti, istituzioni, associazioni differenti senza preclusioni preconcepite;
- *sostenibilità*, avviando azioni che possono durare nel tempo anche in condizioni di risorse limitate.

Inoltre si fa sempre più forte una visione "europea" della sanità pubblica, per quando riguarda la sorveglianza e la tutela della salute del cittadino inteso come lavoratore e come consumatore, della collettività e dell'ambiente (autocontrollo; superamento di pratiche obsolete; responsabilizzazione d'impresa; semplificazione).

Da ciò è discesa una nuova visione della prevenzione, che da branca specialistica di settore per erogazione di servizi/prestazioni è andata ridefinendosi quale articolazione multidisciplinare per la promozione della salute in ogni ambito di attività sia dei servizi sanitari sia di altri soggetti sociali.

Ne consegue la necessità di rivedere e aggiornare il modello organizzativo che – a fronte dei nuovi compiti cui è chiamato il Dipartimento di Prevenzione Medico – da una parte consenta una diffusa azione di prevenzione nelle comunità, una migliore e più qualificata offerta dei servizi al cittadino (vaccinazioni, screenings, ecc.), dall'altra una più efficace ed efficiente integrazione con le altre articolazioni dell'ASL e l'interazione con Enti e soggetti del Sistema-Regione (attività di controllo e azioni di supporto per scelte che possano generare guadagno di salute).

Per promuovere stili di vita e ambienti favorevoli alla salute, anche al fine di prevenire patologie non trasmissibili (cronico degenerative) che hanno in comune i suddetti fattori di rischio comportamentali modificabili, attualmente sono a sistema programmi di comunità per i seguenti setting:

- Scuole che Promuovono Salute – "Rete SPS Lombardia" che ri-orienta in termini di appropriatezza (ruoli e azioni *evidence based*) tutta l'offerta ASL nel setting scolastico;
- Aziende che Promuovono Salute – "Rete WHP Lombardia", che attiva la responsabilità sociale di impresa (privata soprattutto medie e grandi e pubblica, comprese aziende sanitarie,

EELL, Caserme, ecc.) su azioni *evidence based*.

Sono inoltre a sistema interventi *evidence based* (anche intersettoriali) per la promozione della attività fisica (gruppi di cammino, pedibus, scale per la salute), per una sana alimentazione (programma di riduzione del consumo di sale), promozione dell'allattamento al seno ed è diffusa l'offerta di *counseling* motivazionale breve sugli stili di vita in contesti "opportunistici" (percorso nascita, setting vaccinale, ecc.).

1.1.14. Il Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS)

Precorrendo i tempi, la Regione si è dotata di un sistema informativo per poter gestire e governare i dati relativi a tutti i suoi assistiti, costruendo un perno attorno al quale sviluppare i flussi relativi ad ogni attività delle aziende sanitarie: una rete in grado di mettere direttamente in comunicazione gli operatori, le strutture erogatrici e i cittadini, che oggi raccoglie su larga scala i referti elettronici, il fascicolo sanitario, la ricetta elettronica e una serie di servizi fruibili on-line grazie alla tessera sanitaria.

Il SISS ha raggiunto la massa critica a livello di adesione degli operatori della Socio Sanità: il 100% delle Farmacie e il 98% dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta (MMG/PLS) è collegato al SISS e lo utilizza abitualmente. Le prescrizioni effettuate attraverso il SISS nel 2013 sono state circa 100 milioni, pari al 6% in più rispetto allo stesso periodo del 2012. Nel corso del 2013, presso le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, sono stati pubblicati sul SISS oltre 24 milioni di referti, il 17% in più rispetto al 2012. È inoltre cresciuto ulteriormente l'utilizzo dei servizi SISS e sono state gestite oltre 400 milioni di operazioni, il 15% in più rispetto all'annualità precedente.

In particolare, nell'ambito dell'evoluzione del sistema informativo sanitario della Lombardia, il Fascicolo Sanitario Elettronico assume in modo sempre più preciso il ruolo di hub di tutte le informazioni necessarie alla presa in carico del paziente da parte di tutti gli operatori coinvolti nel processo di cura e costituisce il supporto per le modalità innovative che si stanno introducendo e che vanno dalla presa in carico dei cronici alle reti di patologia.

Il Sistema Informativo Socio Sanitario Lombardo ha mantenuto quindi un forte legame fra aspetti gestionali (sia in ambito amministrativo che clinico) e aspetti di governo per fornire un efficace supporto alle politiche, alla programmazione, al controllo.

1.1.15. La Banca Dati Assistito (BDA)

Un risultato dell'impostazione data al SISS è la cosiddetta Banca Dati Assistito (BDA), una fonte informativa centrata sulla persona assistita che, grazie all'integrazione tra varie basi-dati, ha consentito di classificare ciascun cittadino in base all'appartenenza a categorie clinico-epidemiologiche definite (ad esempio cardiopatico, diabetico, oncologico, ecc.). In particolare per i pazienti affetti da patologia cronica, la BDA permette di analizzare la storia clinica del singolo paziente allineando gli eventi sanitari che lo riguardano in un unico percorso temporale.

Con lo sviluppo della BDA, Regione Lombardia ha voluto dotarsi di uno strumento prezioso per la lettura degli scenari sanitari territoriali, che associando la valorizzazione economica delle prestazioni alla classificazione clinica della patologia ha consentito una programmazione locale e regionale fondata su dati ad elevata valenza informativa. Attualmente diffusa a tutte le ASL, la BDA ha contribuito sostanzialmente al governo del sistema in Lombardia, grazie alla conoscenza approfondita del quadro epidemiologico e dei consumi ed è stata

uno strumento funzionale allo sviluppo di un modello di sanità centrato sulla persona più che sulla malattia.

Dal 2002 ad oggi la BDA si è progressivamente evoluta, grazie al miglioramento della qualità e della completezza dei flussi informativi, alla maggiore facilità d'accesso alle basi-dati e allo sviluppo di metodi di classificazione sempre più potenti per fornire scenari previsionali di evoluzione del bisogno e dei consumi.

La BDA ha consentito di costruire un modello di classificazione e tariffazione CReG (Chronic Related Groups) dedicato alla presa in carico del paziente cronico – anche polipatologico – attualmente in fase di avanzata sperimentazione.

Per i prossimi anni si prospetta un'ulteriore fase di utilizzo della BDA per effettuare verifiche di qualità dei percorsi di cura, per specifici profili clinici di cronicità e per sviluppare funzioni più raffinate di verifica dell'aderenza ai Piani Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Sarà inoltre sviluppata una piena integrazione tra i flussi informativi, nelle diverse componenti: sanitaria, sociosanitaria e sociale.

1.1.16. Comunicazione, informazione e rapporto con l'utenza

Una comunicazione chiara, tempestiva ed efficace è certamente un fattore fondamentale nel rapporto che il Sistema Sanitario e Sociosanitario si trova ad instaurare con il cittadino e con l'utenza.

Nella relazione delicata con il paziente, con l'assistito, con le famiglie, quando il Sistema non riesce a comunicare all'altezza delle necessità e delle aspettative, il rapporto di fiducia si incrina inesorabilmente.

Far crescere complessivamente nel sistema la competenza sulla comunicazione – intesa in tutte le accezioni di comunicazione di front office con l'utenza, comunicazione di servizi, ma anche comunicazione interna e organizzativa aziendale – non può che essere obiettivo strategico.

Si è quindi ben compresa, in Regione Lombardia, la necessità e urgenza di imparare sempre meglio a supportare il cittadino con una comunicazione autorevole, in grado di affiancarlo e orientarlo nei momenti in cui la condizione di malato, la temporanea fragilità o la cronica necessità di assistenza lo rendono più vulnerabile e confuso.

Da tempo, infatti, è in atto nel Sistema Sanitario e Sociosanitario lombardo un lavoro di integrazione e di costruzione di sinergie operative in materia di comunicazione tra tutti gli attori coinvolti, per garantire ai cittadini ogni opportuna informazione sui servizi e sulle relative modalità di accesso.

L'impegno a migliorare la capacità complessiva di comunicazione non potrà che crescere, per accompagnare e sostenere presso l'utenza la realizzazione del progetto di riforma.

A tal fine anche altri attori del sistema – medici, pediatri, farmacisti, ma anche associazioni di pazienti, volontari, ecc. – dovranno essere sempre più chiamati a mettere a fattor comune le proprie risorse e competenze di comunicazione, dando vita ad un'azione sinergica.

1.2. La valutazione dell'offerta: l'erogazione dei LEA

1.2.1. Prevenzione negli ambienti di vita e lavoro: attività rivolte alle persone

Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT)

La prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle MCNT (fumo, sedentarietà, ali-

mentazione e consumo di alcol non corretti) e intermedi (sovrappeso/obesità, ipertensione, dislipidemie, iperglicemia, lesioni precancerose cancerose iniziali) può essere perseguita mediante la modificazione degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico e con la diagnosi precoce, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi.

Per quanto attiene la promozione di stili di vita salutari, a partire dal 2006 in Lombardia è stato attivato un percorso per riorientare gli interventi basandoli sulle migliori evidenze di efficacia e sulla *governance* di una azione intersettoriale, attraverso una serie di alleanze con il mondo della scuola, dell'impresa, dello sport, ecc., che sviluppa su scala regionale indirizzi e linee operative del Programma Nazionale "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari".

Tali indirizzi sono fatti propri dal vigente Piano Regionale della Prevenzione e saranno sviluppati nell'emanando Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 alla cui stesura ha significativamente contribuito l'esperienza maturata in questi anni in Lombardia.

L'azione regionale di prevenzione ha sostenuto, nell'ultimo biennio, un forte sviluppo verso quelle che vengono definite "strategie di comunità", cioè verso programmi di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute finalizzati a creare le condizioni per rendere facile l'adozione di comportamenti salutari. Queste iniziative adottano un approccio multi componente (che agisce contestualmente sui diversi fattori di rischio/ determinanti di salute) per ciclo di vita (detto *life course* in quanto riguarda le comunità e quindi intercetta tutte le fasce di età), per *setting* (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario) e intersettoriale (politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.) che vedono il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici alle comunità locali (*empowerment* di comunità).

Prevenzione oncologica mediante diagnosi precoce (tumore di mammella, colon-retto, cervice uterina)

Nell'ambito delle patologie oncologiche Regione Lombardia, in coerenza con le indicazioni nazionali e le evidenze scientifiche, ha organizzato programmi di prevenzione rivolti alla popolazione che, per età e sesso, risulta essere più a rischio e per la quale la partecipazione a una prestazione diagnostica può garantire un efficace guadagno di salute. Nella tabella seguente sono riportati i livelli di offerta.

I livelli di offerta

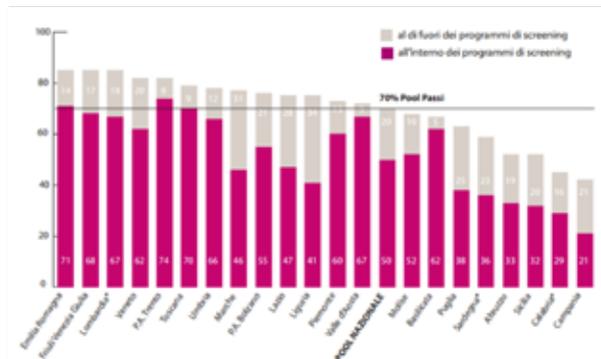
	Popolazione target	Prestazione offerta	Copertura* di popolazione
Mammella	Donne 50-69 anni	Mammografia	81%
Colon retto	Donne e uomini 50-69 anni	Test del sangue occulto delle feci	57%
Cervice uterina	Donne 25-64 anni	Pap Test	79%

* Comprende anche le prestazioni fuori dai programmi di screening

• **Screening mammografico**

Nel confronto con i dati italiani si osserva che Regione Lombardia contribuisce per circa 1/5 al totale degli esami effettuati nei programmi di screening nazionali (circa 330.000 su 1.500.000).

Copertura per la prevenzione del tumore al seno (mammografia eseguita negli ultimi 2 anni) donne 50-69 anni

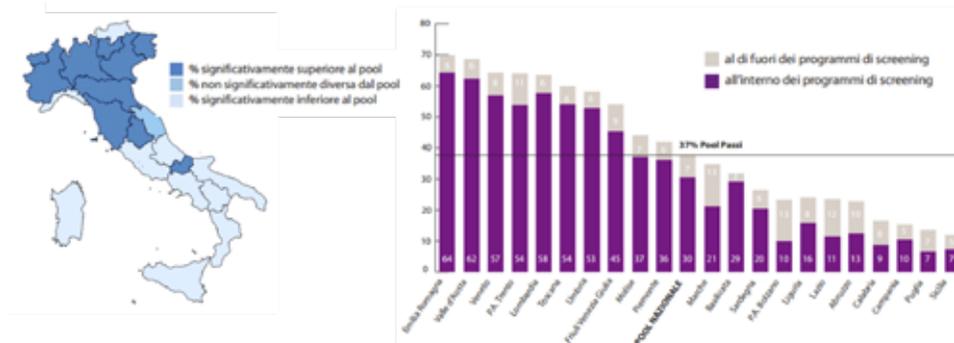


Fonte: I programmi di screening per l'anno 2012, Osservatorio Nazionale Screening (i dati per valutare le coperture sono tratti dalla survey nazionale Passi cui Regione Lombardia ha partecipato con un pool di ASL)

• **Screening Colon-Retto**

Nel confronto con i dati italiani si osserva che Regione Lombardia contribuisce per circa 1/3 al totale degli esami effettuati nei programmi di screening nazionali (circa 500.000 su 1.500.000).

Copertura per la prevenzione dei tumori colon-rettali (fobt o colonscopia nei tempi raccomandati) persone 50-69 anni



Fonte: I programmi di screening per l'anno 2012, Osservatorio Nazionale Screening (i dati per valutare le coperture sono tratti dalla survey nazionale Passi cui Regione Lombardia ha partecipato con un pool di ASL)

e socio-economico di epidemie o nuovi patogeni.

Tra le patologie rilevanti in termini di gravità clinica, la tubercolosi ha un trend lievemente in diminuzione negli ultimi anni con un numero di notifiche in media di poco superiore a 1000 casi/anno per un tasso di 8,07 X 100000 abitanti che fa collocare la Lombardia e l'Italia tra i Paesi a bassa endemia (Fonte: Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe, ECDC Surveillance Report 2013). La quasi totalità delle tubercolosi osservate nella nostra Regione è sensibile alle terapie convenzionali e pertanto caratterizzata da una buona risposta alla cura.

Nel 2012 le nuove diagnosi di HIV segnalate in Lombardia sono state 1.062, di cui 1.023 a carico di soggetti residenti con un tasso d'incidenza del 10,5 per 100.000 abitanti (incidenza nuove diagnosi HIV in Italia 6,5 nuovi casi per 100.000 residenti). Il trend dei casi di AIDS è in costante diminuzione media di 278 casi/anno (periodo 2008-2012).

Le coperture vaccinali per le vaccinazioni contro il tetano, difterite, pertosse, epatite B, *Haemophilus b* sono superiori al 95%, la vaccinazione contro morbillo, parotite e rosolia si attesta a valori intorno al 94-95% negli ultimi 5 anni, e le coperture per le vaccinazioni, introdotte successivamente, come quella contro la malattia meningococcica e pneumococcica sono in aumento. Inoltre sono attive le offerte gratuite di alcuni vaccini a soggetti con alcune patologie specifiche coerentemente alle indicazioni ministeriali.

Programmazione delle attività di controllo a tutela della salute e sicurezza dei cittadini - consumatori - lavoratori condivisa tra enti ed istituzioni coinvolti

La Programmazione delle attività di controllo è effettuata in relazione al contesto di riferimento e secondo i principi della graduazione del rischio.

La programmazione della ASL – Dipartimento di Prevenzione Medico – fa propri e declina, nelle diverse realtà territoriali, anche gli obiettivi definiti dal livello nazionale nei LEA, in coerenza con le linee di indirizzo conseguenti.

Il modello organizzativo praticato e da praticarsi è quello che valorizza un'ampia partecipazione delle parti sociali e delle istituzioni con competenze nelle specifiche aree (tutela della salute e sicurezza dei cittadini /consumatori/lavoratori), sia nella fase di individuazione di priorità e obiettivi, sia nella fase di valutazione del guadagno di salute conseguito. Il processo per affrontare e risolvere i bisogni di prevenzione inizia con la realizzazione della "peer network", la "rete di pari".

Nell'ambito della tutela della salute della popolazione negli ambienti di vita la prevenzione è chiamata a contribuire nel percorso di valutazione degli Strumenti di Pianificazione e Governo del territorio comunale (PGT, Piani Attuativi e loro Varianti), tesa a garantire il miglior utilizzo del territorio e la migliore fruibilità dello stesso da parte dei cittadini e si esplica nell'identificare le correlazioni tra salute e ambiente, affinché siano operate scelte ed intraprese azioni in grado di salvaguardare la salute della popolazione dai fattori di inquinamento.

Analogamente è chiamata nella valutazione dei contenuti degli Studi di Impatto Ambientale, in ambito di Valutazione d'Impatto Ambientale (VIA) per la componente salute. La Comunità Europea ha sancito il principio secondo cui: "... tutti i progetti che hanno dei riflessi sul territorio e quindi comportano una trasformazione del territorio devono essere giudicati anche al fine della valutazione dei possibili impatti che il progetto una volta realizzato determina sul territorio". L'entrata in vigore del DM 24.4.2013 ha introdotto la Valutazione di Danno Sanitario (VDS) ponendo in evidenza come "... i (suoi) criteri poggino su una strategia articolata su due linee parallele: una epidemiologica a cui è affidata la descrizione e la caratterizzazione del profilo di salute della popolazione, l'altra ambientale e tossicologica cui sono affidate sia

la valutazione della qualità ambientale dell'area e dell'eventuale miglioramento connesso all'attuazione delle prescrizioni, sia la stima degli esiti sanitari attesi in futuro (risk assessment)"¹.

La medesima finalità di tutela è indirizzata nell'attività di controllo degli ambienti di vita, delle acque, della filiera alimentare, del rischio legato a sostanze chimiche e prodotti.

1.2.1.1. Pianificazione degli interventi di prevenzione negli ambienti di lavoro

Regione Lombardia con il Piano 2014-2018 ha sviluppato strategie di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (SSL) a partire dai risultati conseguiti in attuazione degli interventi promossi dal precedente Piano e fa propria una cultura fondata sul confronto tra le Istituzioni con competenza in materia, con le parti datoriali e sindacali, sia in ambito aziendale che territoriale. Un Sistema Lombardia che, grazie al governo della prevenzione e della protezione SSL dei lavoratori, stimoli la competitività imprenditoriale e susciti attrattività internazionale.

Per contrastare gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, agli strumenti ordinari di vigilanza e ispezione vanno affiancati altri dispositivi quali il dialogo sociale per avviare iniziative di Responsabilità Sociale d'Impresa (RSI), di incentivazione economica, di promozione di buone prassi per la corretta valutazione e gestione dei rischi e per la promozione della salute (Working Health Promotion), di sensibilizzazione per la diffusione della cultura della SSL. Il peculiare contesto economico lombardo su cui si inserisce tale attività è evidenziabile dai dati INPS.

¹- Ministero Salute DGPRE prot. 0027807-P-09/12/2013

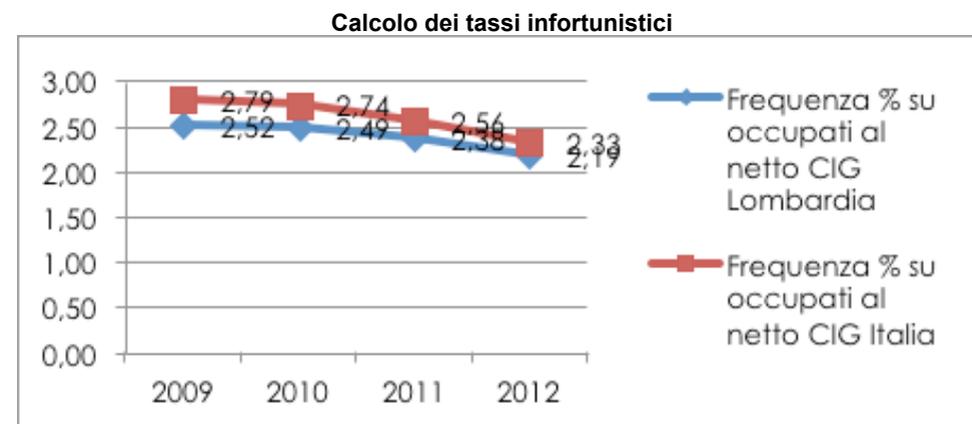
Confronto tra addetti INAIL e INPS nel settore Industria e Servizi nell'anno 2010

	INPS						TOTALE INPS	TOTALE INAIL
	Lavoratori dipendenti	Autonomi artigiani	Autonomi commercianti	Domestici	Parasubordinati professionisti	Parasubordinati collaboratori		
Piemonte	992.932	176.860	175.300	70.465	20.302	95.536	1.531.415	1.425.266
V. D'Aosta	27.519	5.371	5.855	1.740	1.018	2.798	44.301	49.851
Lombardia	2.698.629	348.663	325.680	167.323	65.845	339.650	3.946.790	3.737.765
Veneto	1.250.261	196.800	184.067	70.579	22.334	123.769	1.847.810	1.625.435
Friuli V. G.	284.964	39.688	38.960	14.771	6.130	35.670	420.183	388.067
Liguria	317.089	58.137	71.341	30.381	9.078	35.587	521.613	459.659
Emilia - Romagna	1.118.683	195.046	171.052	82.071	24.526	127.976	1.719.354	1.580.468
Toscana	803.205	159.139	160.543	73.868	19.849	109.388	1.325.992	1.180.924
Umbria	176.639	32.514	33.437	20.429	4.585	23.091	290.695	248.311
Marche	349.434	71.011	60.193	22.007	7.015	35.966	547.226	488.883
Lazio	1.179.961	121.294	181.492	132.302	34.047	207.985	1.857.082	2.321.770
Abruzzo	249.476	43.709	40.294	12.535	4.486	23.515	382.015	337.539
Molise	43.221	9.304	10.377	1.731	915	5.290	70.846	63.264
Campania	732.509	82.724	190.048	50.213	11.495	73.620	1.140.609	921.125
Puglia	548.686	92.369	130.291	24.762	9.541	51.131	866.780	678.425
Basilicata	81.531	14.162	17.060	3.573	1.514	6.976	124.816	112.761
Calabria	202.488	41.370	63.368	14.552	2.794	22.884	347.456	283.948
Sicilia	602.185	94.680	141.399	34.735	7.886	64.370	945.255	811.076
Sardegna	247.240	49.746	54.400	32.666	5.205	29.436	418.693	350.003
Trentino Alto Adige	261.604	34.321	42.527	10.331	5.007	29.392	383.182	376.018
Italia	12.168.256	1.867.728	2.106.684	871.834	263.572	1.444.039	18.722.113	17.409.549

Fonte: INPS, luglio 2012

Indicatori di risultato assunti da Regione Lombardia nel triennio 2011-2013, sono la riduzione del 15% del tasso complessivo d'incidenza degli infortuni sul lavoro denunciati (base dati: INAIL 2009) e la riduzione del 10% del numero assoluto degli infortuni mortali.

Di seguito il calcolo dei tassi infortunistici effettuato tenendo conto del ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni (CIG), in termini sia di ore autorizzate che di ore effettivamente utilizzate dalle imprese



Fonti: banche dati INAIL, ISTAT e INPS

Nel 2011, rispetto al 2007, Regione Lombardia ha registrato un incremento del 18% delle malattie professionali denunciate (Italia: + 60%) (Fonte: Attività delle Regioni e delle Province Autonome per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Anno 2011. Conferenza delle Regioni. 13/030/CR7c/C7).

Il 2012 ha visto un incremento delle denunce di sospetta malattia professionale ad INAIL del 6% sul 2009.

Malattie professionali denunciate all'INAIL suddivise per anno, periodo 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Var % 2011/2007
Piemonte	2081	2089	2154	2034	2091	0
Valle d'Aosta	74	42	35	56	69	-6
Lombardia	2640	2927	2864	3210	3124	18
Liguria	1034	937	918	971	848	-18
Prov. Bolzano	316	298	248	243	236	-25
Prov. Trento	237	240	293	334	408	72
Veneto	1914	1976	2135	2319	2214	15
Friuli V. Giulia	1337	1191	1192	1247	1400	4
Emilia Romagna	3933	4435	4933	6422	7153	81
Toscana	2510	3029	3698	4717	5843	132
Umbria	1168	1185	1268	1336	1419	21
Marche	1899	1662	2026	2690	3259	71
Lazio	1391	1365	1398	1643	1830	31
Abruzzo	2345	2465	4063	5655	5714	143
Molise	123	132	116	193	241	95
Campania	1083	937	1106	1455	1641	51
Puglia	1712	1731	1952	2018	2425	41
Basilicata	347	333	420	419	450	29
Calabria	717	828	1145	1231	1422	98
Sicilia	1009	1040	1101	1463	1522	50
Sardegna	1039	1251	1824	2809	3249	212
ITALIA	28933	30093	34889	42465	46558	60

Fonte: Rapporto INAIL 2011

Sintetizzando, si evidenzia che:

- i tassi annui di infortunio sul lavoro si attestano intorno ai 2 punti percentuali;
- mediamente i tassi annui di infortunio sul lavoro su scala nazionale eccedono di 0,2 punti percentuali i tassi lombardi;
- è consolidato il decremento percentuale dei tassi di infortunio per gli anni 2010, 2011, 2012 sul 2009, tenendo conto del reale numero di lavoratori occupati, per via dell'ampio ricorso alla cassa integrazione guadagni da parte delle imprese lombarde;
- il 2012 è l'anno in cui il contenimento degli eventi infortunistici appare consolidarsi, come

pure l'emersione delle malattie professionali finalizzate al loro riconoscimento e ad indirizzare l'attività di prevenzione.

1.2.2. Prevenzione veterinaria

Il sistema agro-alimentare lombardo è il più importante a livello italiano ed uno dei più rilevanti nel contesto europeo. Per tutelare questo settore e la salute dei consumatori, le strategie operative messe in atto garantiscono la coerenza con le politiche europee, nazionali e, a cascata, regionali in sintonia con quanto codificato dal "libro Bianco sulla Sicurezza alimentare" e dalla "Nuova strategia per la salute degli animali nell'Unione Europea (2007-2013)" ("Prevenire è meglio che curare"). Per questo il sistema dei controlli è stato distribuito lungo tutto il processo di produzione, con una visione complessiva "dai campi alla tavola" a garanzia sia dei cittadini consumatori, sia del sistema produttivo agroindustriale e zootecnico lombardo.

In questo senso il Piano Regionale della Prevenzione Veterinaria individua in base al livello di rischio gli obiettivi strategici regionali in materia di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti di origine. Il piano definisce anche azioni concrete a supporto delle attività economiche del settore e di sviluppo della competitività delle filiere agroalimentari e le azioni di semplificazione degli adempimenti amministrativi. In un'ottica di trasparenza, sono stati definiti gli standard operativi dell'Autorità Competente Regionale e dell'Autorità Competente Locale (ASL), al fine di fornire uno strumento che assicuri l'efficacia, l'uniformità e l'omogeneità delle attività di controllo condotte.

1.2.3. Assistenza distrettuale

1.2.3.1. Medicina generale, pediatria di libera scelta e continuità assistenziale

I medici di medicina generale in Regione Lombardia sono complessivamente 6.507 suddivisi tra le 15 ASL e assistono una popolazione pari a 8.684.551 abitanti, dei quali la fascia anagrafica over 65 anni è costituita da 2.085.000 assistiti. Ciascun MMG ha mediamente in carico 1.300 assistiti.

I pediatri di libera scelta sono invece complessivamente 1.215 suddivisi tra le 15 ASL e assistono 1.156.085 pazienti che rientrano nella fascia d'età 0-14 anni. Ciascuno di loro ha mediamente in carico 950 assistiti.

I medici di continuità assistenziale sono in totale 1.698, di cui a tempo indeterminato soltanto 409 (24%) e, a differenza dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che sono remunerati sulla base del numero di assistiti che operano la scelta in loro favore, essi sono remunerati sulla base delle ore lavorate, che nel 2013 sono state complessivamente 1.601.100. Per il principio della continuità assistenziale con l'attività del medico di medicina generale, essi svolgono servizio di assistenza sanitaria non d'emergenza tutti i giorni feriali dalle ore 20 fino alle 8 del giorno dopo, e h24 il sabato, la domenica e i festivi.

Al fine di favorire sul territorio regionale modalità organizzative che consentissero un progressivo ampliamento degli orari di accesso a favore dell'utenza e modalità di lavoro fondate sulla valutazione e confronto dei dati clinici per migliorare l'attività di cura dei propri pazienti, la Regione in questi dieci anni ha dato impulso e favorito la costituzione progressiva di forme associative tra medici sia di medicina generale sia di pediatria di libera scelta, prevedendo anche l'inserimento di collaboratori di studio e/o infermieri professionali all'interno

dell'associazione con l'obiettivo di migliorare il servizio fornito ai propri assistiti sotto il profilo quantitativo e qualitativo.

Oggi le percentuali di associazionismo raggiunto per i medici di medicina generale, nelle due forme associative previste, cioè la Rete (collegamento funzionale tra gli studi attraverso la rete informatica) e il Gruppo (condivisione di una sede unica per tutti gli studi) si possono così sintetizzare:

- i medici di medicina generale in Rete tra di loro sono complessivamente 2.603 rappresentando il 40% del totale e assistono 3.709.453 utenti che costituiscono quasi il 43% del totale assistiti;
- i medici di medicina generale in Gruppo tra di loro sono 1.724 rappresentando il 26,5% del totale e assistono 2.466.495 utenti che costituiscono quasi il 29% degli assistiti.

Riguardo i pediatri di libera scelta emerge come la maggior parte di loro si configuri all'interno di un'Associazione Semplice (modalità organizzativa per il confronto/audit con eventuale collegamento in rete tra gli studi): 518 pediatri (43%) ne fanno parte per il 45% degli assistiti, mentre i pediatri in Gruppo (condivisione di una sede unica per tutti gli studi) sono 191 (16%) per il 17% degli assistiti.

La riforma organizzativa territoriale della medicina generale prevista dalla legge n. 189/2012 (Legge Balduzzi) posta in capo alle Regioni prevede l'evoluzione delle attuali forme associative in due nuove aggregazioni: una di tipo monoprofessionale denominata Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) che costituirebbe nella nostra Regione lo sviluppo delle attuali forme di associazione/rete e gruppo, e l'altra, più innovativa, denominata Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) caratterizzata dall'integrazione di professionisti diversi sia sanitari (MMG, PLS, infermieri, medici specialisti) sia non sanitari (ad esempio assistenti sociali). Tali professionisti presenti all'interno della UCCP, offrendo la loro attività in modo integrato e possibilmente nella medesima struttura o in ambienti limitrofi, consentirebbero al paziente, in particolare al paziente cronico che ha bisogno di prestazioni diverse, non solo sanitarie e con cadenza periodica, di trovare risposte appropriate rispetto ai bisogni in un unico punto d'accesso, con modalità efficienti ed efficaci di presa in carico, proprio perché già tra di loro integrate. Prima sperimentazione avviata già in Regione coerente con questo modello organizzativo di UCCP può essere rappresentata dai POT, i Presidi Ospedalieri Territoriali.

1.2.3.2. L'assistenza farmaceutica in Lombardia: lo stato dell'arte

Il farmaco rappresenta un livello essenziale di assistenza che deve essere garantito a livello nazionale e da ogni singola Regione; il sistema Italia è da anni integrato nel sistema Europa anche a livello di autorizzazione e immissione in commercio di medicinali.

Regione Lombardia, con i suoi 10 milioni di abitanti nel corso del 2013, ha fatto registrare una spesa farmaceutica territoriale pari a 1,8 miliardi di Euro (fonte Rapporto AIFA su "Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Regionale – Gennaio-Dicembre 2013") con un peso percentuale sul FSN pari al 10,4%, quindi al di sotto del tetto dell'11,35 per cento previsto dalla norma.

A livello nazionale il tetto della spesa farmaceutica territoriale riferito all'anno 2013 è stato pari all'11,41%, quindi ha superato il limite posto dalla norma, con Regioni come la Sicilia, la Sardegna, il Lazio e la Campania che hanno fatto registrare un valore percentuale sul FSN superiore al 12%.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica ospedaliera, che di fatto è relativa ai farmaci innovativi per la cura di patologie invalidanti e di impatto come i tumori, le malattie rare, ecc.,

Regione Lombardia ha fatto registrare nell'anno 2013 una spesa farmaceutica ospedaliera pari a 670 milioni di Euro (fonte Rapporto AIFA su Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Regionale – Gennaio-Dicembre 2013) con un peso percentuale sul FSN pari al 3,8%, mentre il dato nazionale è stato pari al 4,22%, superando il limite posto dalla norma nazionale pari al 3,5%.

Il tetto complessivo dell'assistenza farmaceutica (territoriale e ospedaliera) relativo all'anno 2013, per la Lombardia è stato pari al 14,3% sul FSN, quindi nel rispetto del tetto complessivo disposto dalla legge pari al 14,85%, mentre il dato nazionale ha registrato un valore pari al 15,6% con un superamento complessivo pari a 827 milioni di Euro.

Infine in Lombardia l'accesso ai farmaci innovativi è un punto di riferimento a livello nazionale, e, alla luce dei dati di spesa ospedaliera, evidenzia anche una modalità prescrittiva da parte dei clinici nel rispetto dell'appropriatezza.

1.2.3.3. Assistenza specialistica ambulatoriale

L'assistenza specialistica ambulatoriale, che costituisce un sottogruppo specifico del livello essenziale di assistenza (LEA) territoriale, rappresenta uno snodo fondamentale per comprendere e governare da una parte il trasferimento di attività sanitarie dal contesto ospedaliero a quello extraospedaliero e dall'altra le esigenze legate alla continuità della cura in particolare, ma non solo, per i pazienti cronici.

L'assistenza specialistica ambulatoriale poi, rispetto ad altri livelli di assistenza, deve affrontare in maniera peculiare il tema della equità di accesso alle cure, considerato che per tali attività è prevista la compartecipazione del cittadino alla spesa sotto forma di ticket.

Le prestazioni sono passate da circa 150 milioni nel 2006 a quasi 170 milioni nel 2013, e anche negli anni maggiormente interessati dalla crisi economica (a differenza di quanto si sta osservando in altre regioni) non si nota una flessione nell'accesso a tali prestazioni, segnale che al momento non sembrano presenti sul territorio significative problematiche di equità nell'accesso a questo livello essenziale di cura.

Pur in assenza di dati di confronto consolidati, i consumi lombardi di prestazioni ambulatoriali sono simili (per frequenza e tipologia) ai consumi delle altre grandi regioni del centro-nord (Piemonte, Veneto, Toscana, ed Emilia-Romagna).

Il valore economico complessivo annuale di questo livello di assistenza si avvicina ai 3 miliardi di euro, con una compartecipazione dei cittadini che ha quasi raggiunto i 500 milioni di euro. La scelta di Regione Lombardia di correlare il valore del superticket al valore complessivo della ricetta si sta dimostrando (Fonte: Agenas) la più equa in relazione all'accesso alle cure (non si registra riduzione di accesso o fuga verso il privato) e la più efficace nel raccogliere la quantità di ticket atteso dagli enti centrali.

L'inasprimento delle politiche nazionali di compartecipazione alla spesa ambulatoriale (e/o farmaceutica) ha indotto la Regione ad adottare delle strategie di mitigazione: da una parte è stata allargata (rispetto alle regole nazionali) la platea dei soggetti che godono di qualche tipo di esenzione dal ticket (ad esempio: i bambini inferiori a 14 anni a prescindere dal reddito familiare, i disoccupati, cassintegrati, lavoratori in mobilità, ed i loro familiari, gli ultra sessantacinquenni con reddito compreso tra 36.000 e 38.500 euro, le esenzioni per le popolazioni interessate dal terremoto del 2012, ecc.), dall'altra sono state utilizzate alcune risorse economiche aggiuntive derivate dalla applicazione del criterio dei costi standard al finanziamento del SSR per allargare ulteriormente il numero dei soggetti che godono di qualche esenzione. Poiché il tema della compartecipazione alla spesa rappresenta un argomento sensibile per

qualsiasi organizzazione sanitaria, non è irrilevante osservare come in Regione Lombardia (in un anno) un terzo dei cittadini non consuma prestazioni ambulatoriali, un terzo gode di qualche tipo di esenzione (parziale o totale) e un terzo non è esente. La Tabella seguente dettaglia esemplificativamente queste informazioni con riferimento alle diverse tipologie di esenzione, evidenziando come il gruppo dei soggetti non esenti costituisca circa il 38% della popolazione che ha usufruito di prestazioni ambulatoriali, ma consuma il 28% (in valore economico) delle prestazioni erogate: ciò significa che la grande maggioranza della attività ambulatoriale (72% in valore economico) è erogata a soggetti che già oggi godono di qualche tipo di esenzione. Ancora, per fornire ulteriori elementi quantitativi di valutazione, si deve aggiungere che in un anno il 50% dei cittadini lombardi ha usufruito di prestazioni ambulatoriali per un valore economico complessivo superiore a 150 euro e che oltre il 10% dei cittadini ha pagato più di 200 euro (complessivamente in un anno) di ticket.

Molte sono le azioni programmatiche all'origine dei risultati riportati in precedenza e che rappresentano le modalità con cui Regione Lombardia sta trasferendo attività dal contesto ospedaliero al contesto territoriale. Di esse si darà specifico conto nel successivo paragrafo che riguarda l'assistenza ospedaliera, tuttavia di due attività è opportuno fornire qualche informazione in questa sede: le BIC (attività chirurgiche a bassa complessità operativa-assistenziale) e le MAC (macro attività ambulatoriali ad alta complessità ed integrazione). Entrambe rappresentano specifiche iniziative (si rimanda per i dettagli agli atti di merito) indirizzate a trasferire attività sanitarie che prima venivano erogate in contesto ospedaliero e che ora possono essere erogate anche in contesto ambulatoriale (cambia quindi il LEA di appartenenza) a parità di sicurezza ed efficacia: in entrambi i casi si tratta di esclusive proposte lombarde che non trovano corrispondenza in iniziative di altre regioni.

Il governo delle prestazioni ambulatoriali, propone almeno due altri percorsi di riflessione: le esigenze di affronto del problema della cronicità e il tema della valutazione dei LEA (quando si può considerare erogato questo livello di assistenza?). Sul primo, cronicità, si dirà diffusamente in altre parti del documento, mentre sul secondo, erogazione LEA, si può aggiungere qualche riflessione. I dati parziali a disposizione (almeno per alcune regioni) permettono di osservare interessanti concordanze (ad esempio, nella frequenza di prestazioni complessivamente erogate) ma anche altrettanto interessanti differenze (soprattutto nella tipologia di prestazioni, ad esempio, per branca). La parola chiave che potrebbe contraddistinguere il ridisegno del governo di questa area di prestazioni è il concetto di appropriatezza erogativa, concetto attorno al quale si sta, ad esempio, predisponendo il nuovo nomenclatore nazionale delle prestazioni ambulatoriali. Attività in questa direzione sono in atto in alcune regioni con riferimento a specifiche branche, e anche per Regione Lombardia sono in corso valutazioni riferite in particolare al settore delle prestazioni di laboratorio ed a quello della diagnostica per immagini (soprattutto TAC e RMN).

Percentuale di assistiti, di numero di prestazioni ambulatoriali e di valore tariffario in funzione della tipologia di esenzione (posizione ticket) - Anno 2010: Lombardia

Posizione Ticket	Percentuale Assistiti	Percentuale Prestazioni	Percentuale Valore
Esente totale	5,38	10,21	10,83
Disoccupati, pensioni al minimo, pensioni sociali, ...	2,12	1,83	1,57
Esente per forme morbose	19,51	24,21	26,59
Esente per età – reddito	21,48	25,13	20,41
Esente per categoria (gravidanza, donatori, ...)	9,91	4,65	3,42
Altro esente (screening, prevenzione, ...)	3,65	0,51	9,06
Non esente	37,96	33,45	28,13
Totale consumatori	100,00	100,00	100,00

1.2.3.4. Salute Mentale

La tutela della salute mentale nelle varie età della vita rappresenta un obiettivo cruciale per i sistemi sanitari. I disturbi psichici costituiscono infatti una causa importante di sofferenza nella popolazione sia in termini assoluti che in termini di disabilità conseguenti al disturbo.

Nella fascia di età 0-18 anni si rivolge ai servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza più del 4% della popolazione nelle classi di età considerate. L'accesso degli utenti avviene soprattutto nella fascia 7-9 anni (8-10 per le femmine), età in cui la prevalenza trattata sale intorno al 6%.

I valori minimi si collocano invece tra 15 e 18 anni con prevalenza in progressiva diminuzione. Questo dato mostra come l'adolescenza costituisca una fascia critica per l'accesso ai servizi e come pertanto siano necessarie misure capaci sia di aumentarne l'attrattività sia di promuovere il raccordo tra le diverse agenzie presenti sul territorio al fine di intercettare tempestivamente le situazioni di grave disagio che non arrivano ai servizi specialistici.

Le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) effettuano prevalentemente attività ambulatoriali e annualmente erogano più di 1.000.000 di prestazioni, includendo in questa cifra sia le prestazioni ambulatoriali dirette, sia quelle indirette (ovvero prestazioni effettuate in assenza dell'utente ma indispensabili per il percorso di cura) sia gli esami diagnostici.

Oltre il 90% degli utenti accede a percorsi di valutazione e presa in carico e una quota significativa (corrispondente a circa l'1% della popolazione infantile e al 25% degli utenti seguiti dalle UONPIA) riceve prestazioni riabilitative che rappresentano il 50% del totale delle prestazioni erogate. Assai più limitata è la percentuale di utenti che usufruiscono di prestazioni psicoterapiche o di supporto psicologico (13%).

Le prestazioni semiresidenziali e residenziali sono fruite da percentuali più ridotte di utenti

(intorno all'1% della popolazione in carico). Gli inserimenti residenziali tuttavia mostrano un incremento considerevole e costante negli anni (+ 23% dal 2010 al 2013).

Nell'anno 2013, inoltre, 2.500 utenti hanno effettuato un ricovero ordinario in un reparto di NPIA, il 60% dei quali per un disturbo neurologico e il 33% per un disturbo psichiatrico. Questo dato non è tuttavia indicativo del bisogno effettivo in quanto solo 1 utente su 3 accede a un reparto di NPIA, essendo gli altri 2 ricoverati in area pediatrica o in degenza psichiatrica per adulti.

A differenza di quanto avviene per gli utenti con accessi ambulatoriali, la prevalenza dei ricoveri con diagnosi psichiatrica aumenta progressivamente con l'età raggiungendo il picco massimo intorno ai 17 anni.

Nelle età oltre i 18 anni il tasso di prevalenza è risultato essere pari nel 2011 a 175 per 10.000 abitanti appartenenti alle fasce di età considerate. Osservando l'andamento nel tempo si rileva un incremento consistente negli anni del numero di utenti in carico ai servizi (+ 56% della prevalenza trattata nel periodo 1999-2010).

L'incremento riscontrato non è tuttavia stato omogeneo tra le diverse classi di età e i generi. Dal punto di vista demografico gli utenti sono infatti prevalentemente di sesso femminile mentre la composizione per età riflette l'invecchiamento della popolazione generale con un'ampia percentuale di pazienti di età superiore ai 45 anni, fascia di età nella quale l'incremento del numero di utenti in carico appare più marcato. Ridotto invece l'accesso ai servizi per le fasce di età più giovani (inferiori ai 25 anni).

In considerazione di questa criticità e di quella complementare riscontrata dai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, negli ultimi anni sono stati attivati sul territorio regionale numerosi programmi di diagnosi e intervento precoce dei disturbi mentali gravi, che hanno previsto uno stretto raccordo, nei territori coinvolti, tra i servizi di psichiatria, di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e psicologia clinica e la strutturazione di equipe funzionali integrate.

Per quanto riguarda le principali diagnosi mentre tra i casi prevalenti predominano nel 2010 i disturbi mentali gravi – che coprono più della metà della utenza trattata (disturbi schizofrenici 23%, sindromi affettive 26% e disturbi di personalità 9%) – la maggior parte delle diagnosi relative ai casi incidenti (ovvero i nuovi contatti che tendenzialmente corrispondono a circa il 25% della popolazione trattata) riguardano disturbi emotivi comuni.

Osservando l'andamento temporale si rileva un incremento marcato negli ultimi 10 anni dei disturbi affettivi e nevrotici a fronte di uno più modesto dei disturbi di personalità e della schizofrenia.

Per quanto riguarda l'anzianità di presa in carico appare in diminuzione la percentuale di pazienti in contatto da meno di 4 anni con i servizi (passata da oltre il 60% a circa il 50% nell'arco di un decennio) mentre parallelamente risulta in aumento quella dei pazienti in contatto da più di 10 anni (dal 40% al 50% nello stesso periodo). Un trend di questo tipo porta a una concentrazione nei servizi di pazienti long term users con disturbi mentali gravi, elemento che esprime da un lato alti e apprezzabili livelli di continuità della cura ma che al tempo stesso espone i servizi a un ridotto turn over rendendo opportuna una governance attenta dei processi.

Per quanto riguarda gli interventi erogati, nel 2011 9 pazienti su 10 hanno avuto contatti con i Centri Psico-Sociali (CPS) ricevendone circa 1.900.000 prestazioni, 1 su 10 è stato ricoverato in SPDC, 1 su 20 trattato nei Centri Diurni (CD) o ammesso nelle strutture residenziali. Mentre i CPS e i CD negli ultimi 10 anni sono rimasti sostanzialmente inalterati nella percentuale di utilizzo da parte dei pazienti, appare sensibilmente aumentato il ricorso alle strutture residenziali (in parte anche quale conseguenza dell'ampliamento della rete di offerta, pubblica ma soprattutto privata, che era particolarmente carente fino alla seconda metà degli anni Novanta) facendo registrare nel decennio 1999-2010 un incremento di oltre il 220% e assorbendo la quota preponderante della spesa.

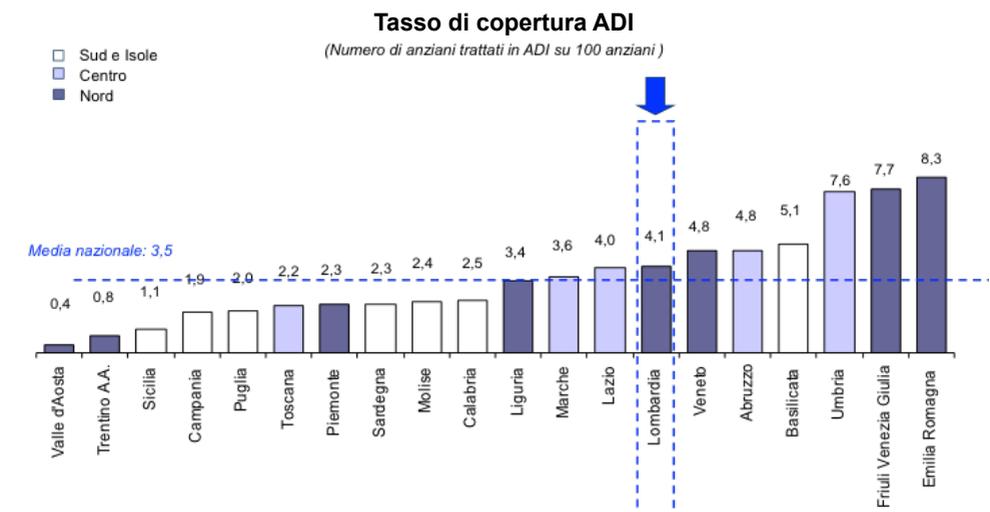
In rapido incremento l'utilizzo della residenzialità leggera, modalità innovativa avviata nel 2008 con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza degli interventi e da allora in costante espansione, con una quadruplicazione del numero di posti e una crescita della spesa da circa 2,9 a 5,9 milioni di euro.

1.2.3.5. Assistenza territoriale sociosanitaria

Ambito territoriale e domiciliare (ADP, ADI, ecc.)

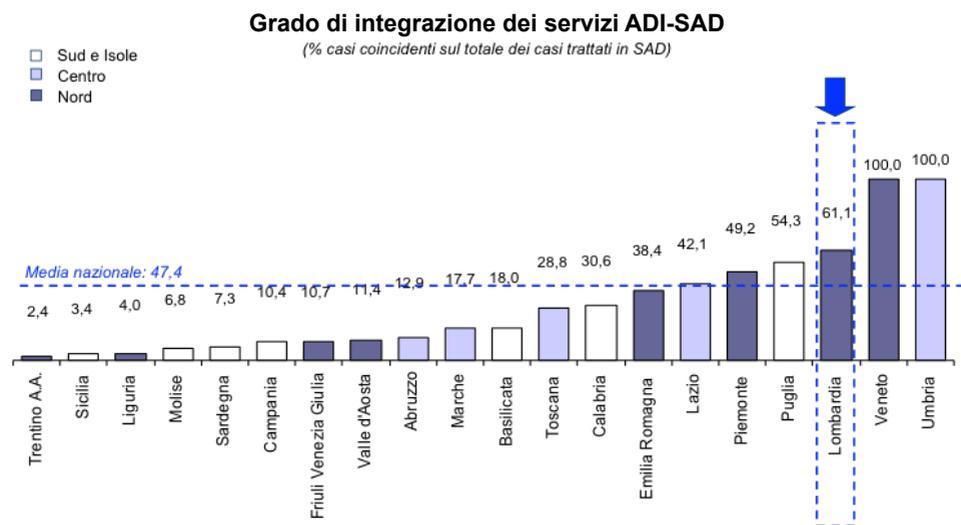
L'Assistenza Domiciliare Integrata è rivolta trasversalmente a tutti i target della popolazione (anziani, disabili, minori) e con i 234 gestori accreditati in tutte le ASL ogni anno sono erogate prestazioni sociosanitarie a più di 100.000 utenti. Gli accessi all'ADI sono fatti attraverso una valutazione multidimensionale del bisogno.

Da un benchmarking effettuato dall'ISTAT, emerge che il tasso di copertura ADI in Regione Lombardia è superiore del 15% rispetto alla media italiana.



Fonte: Network non autosufficienza, ISTAT

L'ADI in Lombardia è inoltre caratterizzata da un alto grado di integrazione con i correlati servizi comunali (SAD), con conseguente potenziamento e ottimizzazione del servizio.



Fonte: Network non autosufficienza, ISTAT

I servizi ambulatoriali per le persone in fase di dipendenza sono offerti da Ser.T e SMI, che si occupano di prevenzione, cura e riabilitazione, con l'obiettivo fondamentale di prevenire la diffusione dell'uso ed abuso di sostanze legali ed illegali e di intervenire a favore della salute psico-fisica delle persone. La Lombardia vede la presenza di 85 Ser.T (servizi pubblici) e 10 SMI (servizi privati accreditati e a contratto), con un'utenza di circa 45.000 persone. Infine tra i servizi ambulatoriali si contano anche 243 consultori (pubblici e privati) che nel 2013 hanno servito 442.057 utenti. La DGR 499/2013 ha dato indicazioni sulle azioni migliorative che i consultori hanno intrapreso per la trasformazione in Centri per la famiglia e la DGR 1185/2013 estende il percorso di trasformazione a tutti i consultori già accreditati e contrattualizzati, prevedendo la stabilizzazione delle nuove funzioni e le revisione del tariffario.

Ambito semiresidenziale

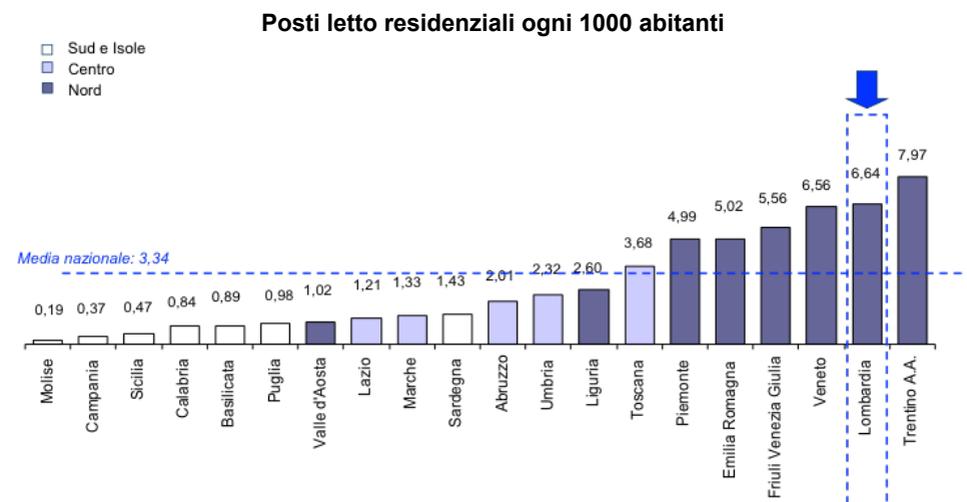
I servizi di assistenza territoriale semiresidenziale sono composti da 276 CDI (Centri Diurni Integrati) dedicata ad accogliere persone anziane durante la giornata, sviluppando interventi di tipo rieducativo/riabilitativo e/o di socializzazione, e da più di 400 tra Centri Diurni Disabili (CDD) e Centri socio educativi (CSS) per le persone con disabilità di norma con età maggiore di 16 anni ed inferiore ai 65. L'assistenza territoriale semiresidenziale si compone pertanto da 683 strutture con 13.954 posti letto a contratto.

Ambito residenziale

Ai servizi di assistenza residenziale fanno capo 647 strutture di RSA (Residenze Sanitarie Anziane) e 84 RSD (Residenze Sanitarie Disabili) dedicate ad accogliere stabilmente o tem-

poraneamente persone anziane fragili (RSA) e persone disabili (RSD), che in ragione dei loro bisogni non possono essere assistite nell'ambito del contesto familiare. Le strutture residenziali per anziani e disabili rappresentano un'importante risorsa sul territorio, contando 57.483 posti letto a contratto di RSA con una saturazione del 97% e 3.805 posti letto a contratto saturati per il 96%.

Il grado di copertura dei servizi erogati dalle strutture residenziali, in cui la Lombardia risulta la seconda regione in Italia per numero di posti letto ogni 1.000 abitanti.



Fonte: Ministero della Salute

La DGR 1185/2014 prefigura il passaggio ad un sistema di accreditamento per le strutture residenziali fondato su differenti livelli di intensità assistenziale.

I dati di mobilità intra-regionale mostrano che fattore determinante per la scelta di una RSA o di una RSD risulta essere la prossimità della struttura: in tutte le ASL, infatti, si è osservato che le persone scelgono una RSA tra quelle che insistono sul territorio della propria ASL di residenza o delle ASL.

La Regione include all'interno della propria rete di offerta 33 strutture di Hospice per malati terminali, ossia strutture residenziali dedicate al ricovero e alla degenza dei malati che necessitano di cure palliative o che si trovano in condizioni di fase terminale della malattia.

La DGR 1185/2013 per il potenziamento della rete ammette alla contrattazione i posti di RSD e Hospice già accreditati o in relazione ai quali sia stata presentata domanda di accreditamento. In particolare, per gli Hospice si intende garantire una maggiore integrazione, anche attraverso una maggiore omogeneità rispetto ai criteri di accesso, di accreditamento, di qualità e tariffe e l'ampliamento della rete di servizi per i disabili con la possibilità.

In Lombardia il 90% dei pazienti deceduti per patologia neoplastica (30mila l'anno, un terzo delle morti totali) ha bisogno di terapia del dolore e di cure palliative, cure che riguardano anche altre tipologie di pazienti affetti da malattie ad andamento evolutivo ed esito inesorabile. La Lombardia, fra le Regioni italiane, è quella con il maggior numero di strutture e di posti letto per CP (circa 1/3 di quelle nazionali) ed ha la copertura più ampia rispetto al bisogno

Organizzazione: emergenza urgenza e reti di patologie

Quella di Regione Lombardia è anche una rete di offerta particolarmente attenta al tema dell'emergenza-urgenza perché, come si osserva nella seguente tabella, la gran parte dei posti letto si trova collocata nelle strutture dotate di pronto soccorso, oppure di strutture di urgenza di livello superiore (DEA, o EAS).

Su un tema di rilevante impatto sociale, quale l'organizzazione dell'emergenza urgenza, la Lombardia sembra avere raggiunto significativi risultati in termini di efficienza (media di arrivo in territorio urbano 8' e 20' extraurbano) con costi pro capite decisamente contenuti, se confrontati con quelli di altre realtà pure di eccellenza.

Comparazione del Servizio di emergenza/urgenza nelle diverse Regioni e Paesi

Regione/Na-zione	Numero unico	Compar-tecipa-zione alla spesa da parte del paziente	Presenza volontari	Presen-za del medico alla chia-mata	Budget dei Provider in Euro	Popola-zione	Spesa pro-capite in E/U
Lombardia	Si	No	Si	No	181.000.000	9.742.676	18,58
Israele	Si	Si	Si	No	121.000.000	7.300.000	16,58
Canton Ticino	No	Si	No	No	16.000.000	331.750	48,23
Rhône Alpes	Si	No	No	Si	-	6.073.500	-
Alberta	Si	Si	Si	No	-	3.687.700	-
Baden Württ-emberg	No	Si	No	No	-	10.750.000	-
Paesi Baschi	No	No	No	Si	19.000.000	2.172.175	8,75
Catalogna	No	No	No	Si	245.000.000	7.475.420	32,77
Andalusia	No	No	No	Si	100.000.000	8.302.923	12,04
Danimarca	Si	No	No	No	590.000.000	5.511.451	107,05

Fonte: rielaborazione CREMS di dati della ricerca "Aspetti Organizzativi e Finanziari dei Sistemi Sanitari"

La Lombardia è tra le poche realtà italiane ad aver sviluppato delle **reti di patologia** significative. Il confronto regge anche e soprattutto con l'estero: tra gli altri "motori" l'unico paragonabile per livelli è la Regione del Rhône-Alpes. È interessante notare che due delle Regioni che presentano reti strutturate a livello istituzionale sono le uniche che presentano, nella loro composizione, il coinvolgimento di pazienti e associazioni di pazienti, non soltanto di provider e professionisti sanitari come negli altri Paesi e Regioni. Le reti in Lombardia, Rhône-Alpes e Alberta hanno inoltre incidenza universale all'interno del Servizio Sanitario. Il che significa partecipazione di tutti gli attori/operatori coinvolti in una determinata area/ patologia e strutturazione completa della rete, in modo che copra l'intera popolazione.

Patologie trattate all'interno di Reti/Programmi nei vari Paesi/Regioni

Regioni	Oncologica	Nefrologica	Ematologica/HIV	Neonatologia	Malattie rare	Diabete	Epilessia	Salute mentale	Cure palliative	Altre
Lombardia	X	X	X	X	X		X			Parkinson, Udito, SIDS
Israele	X			X						
Canton Ticino			X		X		X			Trapianti
Provincia di Buenos Aires	X				X	X	X			
Alberta	X	X								Cardiologica
Danimarca	X					X				
RhôneAlpes	X	X		X	X	X			X	Obesità, riabilitazione, ecc...
Baden-Württ-emberg										
Paesi Baschi								X	X	
Catalogna	X		X					X		Apparato circolatorio, locomotore, malat-tie reumatiche
Andalusia	X				X	X		X	X	Cardiopatie, Obesità infantile, Tabagi-smo, Alzheimer

Fonte: rielaborazione CREMS di dati della ricerca "Aspetti Organizzativi e Finanziari dei Sistemi Sanitari"

1.3. La valutazione economica: indicatori di efficienza

1.3.1. Le risorse finanziarie: l'equilibrio dei conti

In questi anni il sistema è riuscito a garantire qualità, efficacia clinica e organizzativa dei servizi e la tenuta in equilibrio economico. Tutto ciò nonostante il riparto delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale ponga la Lombardia sotto la media nazionale per l'assegnazione della quota capitaria assegnata con il Fondo effettuata con criteri che non considerano variabili quali l'efficacia e la quantità dei servizi erogati e l'efficienza dei costi.

La performance economico-finanziaria, e quindi, la sostenibilità di un sistema, si misura anche dal rapporto tra disavanzo e avanzo sanitario pubblico pro capite. Se si considera questo indicatore, la Lombardia, nel 2011 presenta un risultato positivo.

**Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite (€) e cumulato, per Regione
Anni 2002, 2010, 2011**

Regioni	2002	2010	2011*	Disavanzo/avanzo pro capite cumulato 2002-2011*
Piemonte	9	0	-1	178
Valle d'Aosta-Val-lée d'Aoste	56	35	-8	717
Lombardia	35	-2	-2	11
Bolzano-Bozen	152	-15	-9	-133
Trento	-2	24	-5	139
Veneto	45	-3	-2	56
Friuli Venezia Giulia	-28	-11	-6	-171
Liguria	28	56	89	854
Emilia-Romagna	12	-6	-8	96
Toscana	12	5	-3	103
Umbria	12	-9	-12	141
Marche	66	2	-1	215
Lazio	110	180	152	2.434
Abruzzo	106	4	-19	911
Molise	57	180	123	1.966
Campania	111	82	44	1.405
Puglia	1	79	29	454
Basilicata	1	49	62	420
Calabria	73	34	65	622
Sicilia	68	6	20	801
Sardegna	106	92	131	1.098
Italia	50	36	29	608

Fonte: Rapporto Osservasalute, Anno 2012

*Per il 2011 tra i costi sono compresi gli ammortamenti, mentre tra i ricavi sono compresi i costi capitalizzati.

Il rapporto tra la spesa sanitaria pubblica e il PIL indica la quota di risorse (proprie o trasferite) che la Regione utilizza per la promozione, il mantenimento, la cura e il ristabilimento delle condizioni di salute della popolazione rispetto a quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento. La percentuale di spesa sanitaria in rapporto al Prodotto interno lordo è

sempre stata in Lombardia significativamente bassa. Ciò è evidente nel confronto con alcuni paesi europei, ma anche con alcune regioni italiane – il Paese ha una percentuale più bassa in generale rispetto alle altre nazioni confrontabili – a regime ordinario e tradizionalmente considerate avanzate o virtuose in sanità.

Spesa sanitaria totale in percentuale al PIL in alcune regioni e paesi

Nazioni/Regioni	2005	2010	2011	2012
Piemonte	6,09	6,83	6,56	6,58
Lombardia	4,81	5,44	5,38	5,47
Veneto	5,42	5,95	5,73	5,83
Friuli Venezia Giulia	5,92	6,90	6,83	6,96
Emilia-Romagna	5,47	5,90	5,71	5,81
Toscana	5,98	6,72	6,58	6,43
Centro	-	-	-	6,93
Sud	-	-	-	9,77
Isole	-	-	-	10,21
Italia	6,67	7,21	7,02	7,04
Austria	10,4	11	10,6	Nd
Danimarca	9,8	11,1	11,2	Nd
Francia	11,2	11,7	11,6	Nd
Germania	10,8	11,5	11,1	Nd
Grecia	9,7	10,8	10,8	Nd
Spagna	8,3	9,6	9,4	Nd
Ungheria	8,5	7,8	7,8	Nd

Fonti: Elaborazione da Osservasalute 2013, per l'Italia; Rapporto Oasi 2013, per gli altri paesi

Considerando la situazione dei disavanzi delle Regioni italiane come risulta dal resoconto del Ministero dell'Economia, sono pochissime le realtà regionali, fra le quali la Lombardia, che hanno chiuso gli ultimi esercizi senza perdite.

L'efficienza nella gestione di un sistema significa raggiungere un rapporto ottimale tra le risorse date e gli obiettivi. Si è efficienti quando si è in grado di ottimizzare l'uso dei fattori produttivi in funzione della produzione realizzata, ossia quando si è in grado di ridurre i costi che derivano da sprechi e – in sanità è termine comune – da inappropriatezze. Da questo punto di vista, i principali indicatori segnalano in questi anni il modello lombardo come un sistema efficiente.

In prima approssimazione gli indicatori da considerare per misurare l'efficienza possono essere presi con riferimento alle principali componenti della spesa sanitaria regionale. Confrontando lo storico che riguarda tutte le Regioni, emerge che le voci che riguardano l'ac-

²L'indicatore accoglie l'impostazione proposta dalla Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP), secondo cui le voci di ricavo e costo sono comprensive della mobilità interregionale, ma hanno tradizionalmente escluso costi capitalizzati (incrementi di immobilizzazioni per lavori interni e quote di contributi in conto capitale), rivalutazioni di attività finanziarie, ammortamenti, svalutazioni di crediti e di attività finanziarie. A partire dal 2011, tuttavia, la RGSEP ha modificato la propria impostazione, inserendo tra i costi gli ammortamenti e tra i ricavi i correlati costi capitalizzati.

quisto di beni e servizi, la spesa di personale e la spesa farmaceutica sono le principali e incidono in misura superiore al 70% del totale.

Nel dettaglio, per la Lombardia, che con i suoi oltre 18 miliardi nel 2012 rappresentava la quota maggiore in Italia, con il 16,6% del totale, le tre voci coprono una porzione più bassa, pari al 65% circa (beni e servizi 30,3%, personale 27,6% e farmaceutica 7,5%), compensata da un maggiore ricorso alla spesa convenzionata ospedaliera, specialistica e di assistenza.

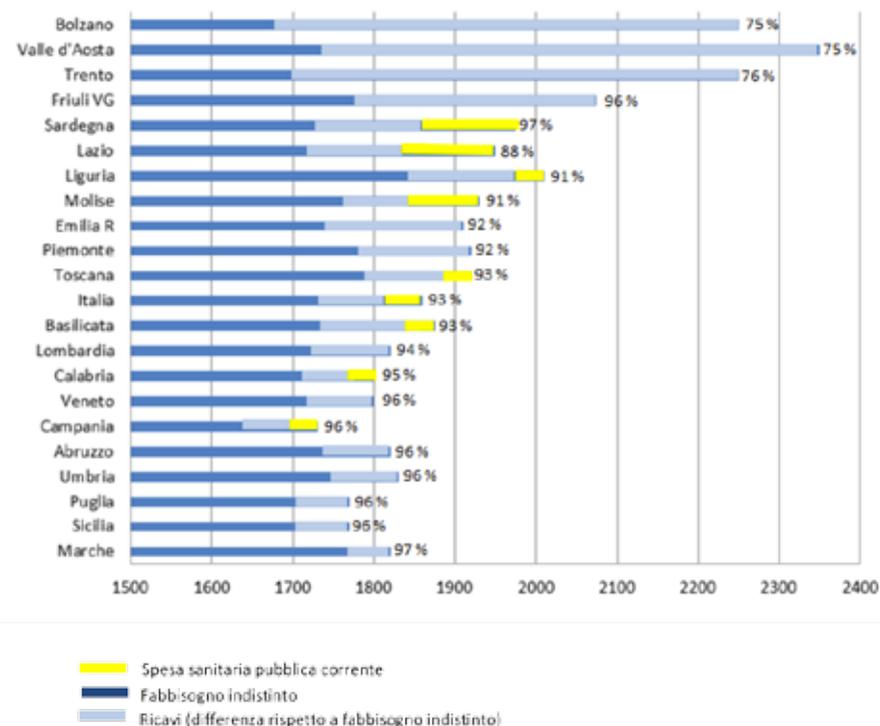
Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica del SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica – Anno 2012

Anno 2012	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Ospedali- ra accreditata	Specialisti- ca convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale (milioni di Euro)
Piemonte	34,1%	32,5%	5,6%	7,6%	6,4%	3,3%	10,5%	8.457
Valle d'Aosta	40,0%	38,9%	5,5%	6,7%	2,2%	0,8%	5,9%	283
Lombardia	27,6%	30,3%	4,9%	7,5%	12,0%	5,4%	12,2%	18.425
Bolzano	50,7%	28,2%	4,8%	4,1%	2,1%	0,5%	9,7%	1.129
Trento	35,7%	28,7%	5,2%	6,2%	4,9%	2,3%	17,0%	1.159
Veneto	31,0%	35,0%	6,2%	6,7%	5,6%	4,1%	11,4%	8.862
Friuli V.G.	37,2%	38,9%	5,1%	7,7%	2,6%	2,1%	6,4%	2.548
Liguria	35,3%	32,4%	5,2%	7,8%	5,9%	3,6%	9,9%	3.173
Emilia R.	34,5%	34,8%	6,1%	6,5%	7,2%	2,3%	8,6%	8.676
Toscana	35,8%	37,8%	5,8%	7,0%	3,7%	2,3%	7,7%	7.168
Umbria	37,1%	37,4%	5,6%	8,5%	2,6%	1,0%	7,8%	1.657
Marche	36,4%	34,9%	6,3%	8,5%	3,8%	1,6%	8,5%	2.775
Lazio	26,4%	33,8%	5,6%	8,5%	11,9%	4,7%	9,1%	10.983
Abruzzo	32,7%	35,5%	6,5%	9,5%	5,3%	2,3%	8,2%	2.345
Molise	31,8%	28,6%	8,0%	7,6%	10,9%	6,7%	6,5%	643
Campania	30,3%	31,3%	6,7%	9,2%	8,4%	7,8%	6,3%	9.700
Puglia	29,5%	31,9%	7,4%	9,2%	10,2%	3,8%	8,0%	6.937
Basilicata	37,0%	31,6%	7,8%	8,0%	1,7%	3,5%	10,4%	1.030
Calabria	36,4%	28,9%	7,4%	10,1%	5,6%	3,5%	8,0%	3.356
Sicilia	33,8%	25,9%	6,9%	10,3%	8,4%	6,1%	8,7%	8.580
Sardegna	36,5%	33,1%	6,2%	10,2%	2,9%	3,7%	7,4%	3.213
Totale	32,0%	32,5%	6,0%	8,1%	7,8%	4,2%	9,3%	111.101
Nord	32,0%	32,7%	5,5%	7,1%	8,0%	3,9%	10,8%	52.714
Centro	31,4%	35,5%	5,7%	8,0%	7,6%	3,3%	8,5%	22.583
Sud e Isole	32,5%	30,3%	6,9%	9,6%	7,6%	5,3%	7,7%	35.804

Fonte: Cergas, Rapporto Oasi, 2013

L'incidenza del finanziamento per i LEA e degli altri ricavi sulla spesa sanitaria pubblica corrente indica il grado di copertura della spesa sanitaria attraverso il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato e i ricavi regionali. A prescindere dal risultato di esercizio, quindi, questo indicatore permette di valutare quali Regioni riescono maggiormente a contenere la spesa nei limiti delle assegnazioni e quali, invece, fanno ricorso ad altre voci di ricavo (o al disavanzo) per integrarle. A tal proposito, la Lombardia rientra tra quelle con il maggior livello di copertura (il 94%).

Finanziamento per i LEA (fabbisogno indistinto), ricavi e spesa sanitaria pubblica corrente al netto della mobilità – Anno 2012



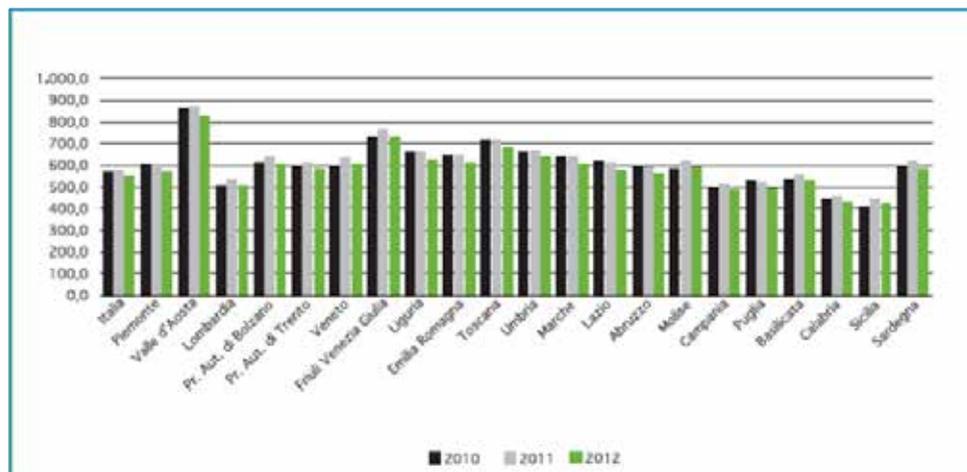
Fonte: Cergas, Rapporto Oasi – Anno 2013

I tagli imposti dalla attuale contingenza hanno naturalmente colpito maggiormente coloro che già avevano attivato meccanismi virtuosi. La spesa per beni e servizi era costantemente cresciuta negli anni e di recente è stata oggetto di riduzioni. Secondo il DD.LL. n. 95 e n. 158/2012 è stata predisposta una riduzione dell'importo dei contratti di fornitura per beni e servizi (esclusi farmaci) pari al 5%. Il Decreto prevede anche la riduzione della spesa per prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privati accreditati nella misura del -0,5% nel 2012, -1,0% nel 2013 e -2,0% nel 2014.

La spesa per beni e servizi regionale – come si evince da grafico – variava già molto da

Regione a Regione. Il taglio lineare, quindi, ha costretto la Lombardia a ulteriori riduzioni, trovandosi già al di sotto della media nazionale.

Spesa sanitaria per beni e servizi pro capite (valori assoluti € mln) Anni 2010-2012



Fonte: IX Rapporto Sanità. Crisi economica e Sanità: come cambiare le politiche pubbliche – Anno 2013, CEIS

Le Regioni stanno adottando strategie piuttosto omogenee per mettere in pratica la Spending Review, cercando di non ridurre i servizi; appare però evidente come sia il valore in assoluto dei tagli, sia il loro impatto sui servizi appaia funzione dei valori di partenza, che sono profondamente difformi. Come già evidenziato, la spesa per il personale dipendente del SSN della Regione Lombardia risulta essere la minore (€ 521,8 pro capite contro una media nazionale di € 606,9).

La spesa farmaceutica è cresciuta in Italia in misura tale da condizionare l'intero ammontare della spesa sanitaria. Si è registrato, inoltre, in questi anni un incremento della compartecipazione dei cittadini, sotto forma di erogazione aggiuntiva o proporzionale non solo per l'acquisto dei farmaci, ma anche per l'accesso alle prestazioni mediche (ticket su medicinali, farmaci, prestazioni sanitarie, esami).

In Lombardia, la spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite pesata per età a carico del SSN, nell'arco temporale 2001-2012, è stata sempre al di sotto della media nazionale con significative riduzioni negli anni recenti. Confrontando in maniera comparativa i dati di consumo e di spesa, la Lombardia rientra tra quelle Regioni che presentano accanto ad un incremento dei consumi una riduzione della spesa. Ciò potrebbe indicare un efficientamento della spesa sebbene rimanga da chiarire l'appropriatezza dei consumi in crescita.

Un indicatore di efficienza relativo al settore farmaceutico è rappresentato, anche, dal consumo dei farmaci a brevetto scaduto. In questo caso la Lombardia, nel periodo 2002-2011, presenta valori al di sopra della media nazionale ed un incremento pari al 43,3%. L'incentivazione all'uso dei farmaci equivalenti offre il vantaggio di erogare terapie consolidate a prezzi competitivi, generando al contempo la liberazione di quote di risorse utilizzabili per l'accesso dei cittadini alle terapie innovative.

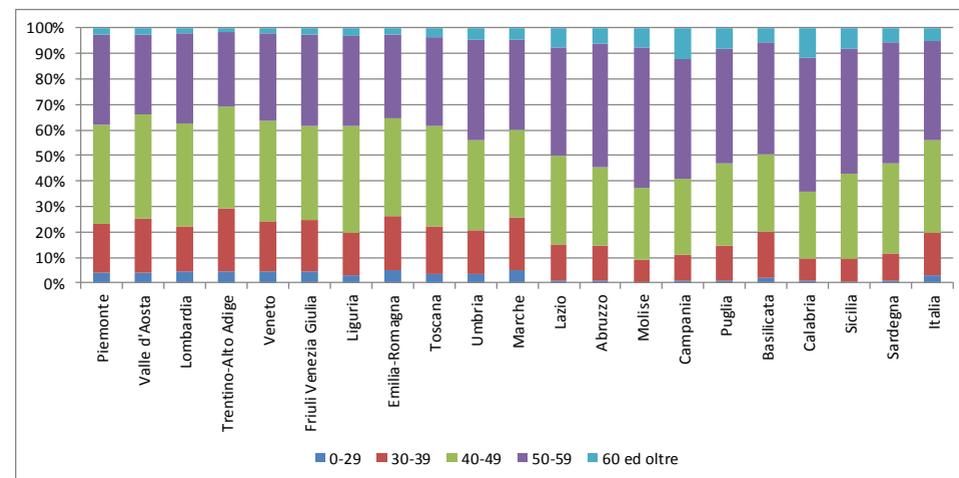
1.3.2. Le risorse umane: più giovani e meno spesa

Il personale sanitario e sociosanitario è composto da 135.000 professionisti che operano nelle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, da circa 8.000 medici di medicina generale e circa 2.500 farmacie. Nello specifico, la rete di offerta sociosanitaria conta un totale di 105.000 addetti retribuiti e 12.000 volontari, mentre nella rete sociale operano circa 26.000 addetti retribuiti e 10.000 volontari. Alla rete formale di cura si affiancano oltre 125.000 badanti.

Il personale delle ASL, delle AO e degli IRCCS pubblici è rimasto sostanzialmente invariato, nonostante la diminuzione dei ricoveri. Questo ha permesso di mantenere un elevato livello di cure in modalità di erogazione alternative alla degenza ospedaliera classica ed in modalità di erogazione di tipo ospedaliero più complesso.

Peraltro si tratta di un personale più giovane – meglio sarebbe dire “meno anziano” che quello di altre Regioni. Esaminando infatti la struttura per classe di età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si osserva che, esso è composto per il 75,5% da persone di età tra i 40-59 anni, ma in Lombardia, il personale è complessivamente più giovane, con significative percentuali per la fascia sotto i 30 anni.

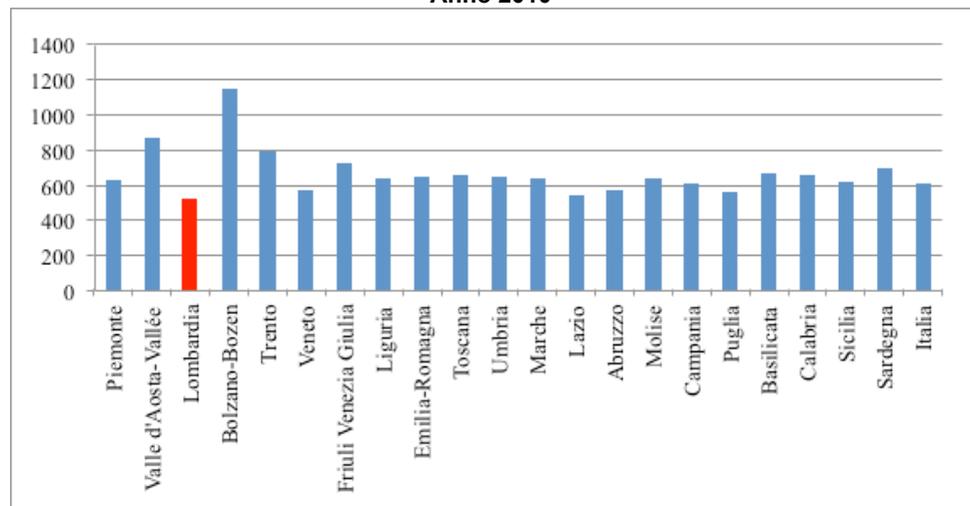
Percentuale del personale dipendente del SSN per classe di età e Regione Anno 2011



Fonte: Rapporto Osservasalute, Anno 2012

Un ulteriore elemento positivo è dato dalla spesa per il personale dipendente del SSN, per il quale la Lombardia presenta la minore spesa pro capite, pari a € 521,8 contro una media nazionale di € 606,9.

Spesa pro capite (valori in €) per personale dipendente del SSN per Regione. Anno 2010



1.3.3. Le risorse umane e strutturali: confronto con l'UE

La Lombardia si inserisce nello scenario europeo caratterizzandosi per una dotazione di posti letto inferiore alla media, di conseguenza anche il tasso di ospedalizzazione risulta essere tra quelli più bassi, simile a quello del Regno Unito. Un dato di interesse è rappresentato da un numero di medici superiore alla media e di un numero di infermieri inferiore. Questo dato evidenzia certamente una differente distribuzione di competenze previste dai differenti ordinamenti nazionali tra le professioni sanitarie. Di sicuro nella logica della presa in carico del paziente la professione infermieristica gioca un ruolo decisivo e si auspica, anche con le adeguate istanze che la Lombardia potrà effettuare a livello nazionale, che anche nel nostro paese le competenze dei medici e degli infermieri possano mutare promuovendo una vera logica di equipe nella quale gli aspetti gestionali ed organizzativi dei percorsi assistenziali possano essere indirizzate in termini di diagnosi e di terapia dai medici ma decisamente attuate e governate da personale infermieristico.

	Letti tot/ 100.000	Letti acuti/ 100.000	Medici/ 100.000	GP-MMG /100.000	Infermieri /100.000	Ricoveri /100
Stati / Regioni	2011	2011	2011	2011	2011	2011
Austria	768	545	484	78	794	27
Belgium	635	406	291	111		
Bulgaria	645	499	386	64	475	27
Finland	552	296	.			18
France	656	353	316	161	928	
Germany	822	531	382	66	1154	24
Hungary	719	415	296		638	20
Israel	327	190	326	26	502	19
Lombardia	372	294	390	77	674	14
Kazakhstan	711	494	355	31	789	16
Norway	332	240	372	90	1332	...
Poland	655	429	219	20	580	16
Spain	309	239	399	75	548	11
Sweden	271	201				16
Switzerland	501	311	394		1738	18
Ukraine	905	734	349	35	749	23
United Kingdom	292	239	278	82	897	14
European Region	665	510	334	61	766	18
EU	542	385	346	80	836	17
EU members before May 2004	508	345	368	87	868	17

Fonti: OMS, Regione Lombardia

1.4. La valutazione delle performance qualitative in Lombardia

Le buone e le cattive caratteristiche (qualità) di un ospedale o di un percorso di cura o di un'attività di prevenzione si possono solo cogliere avendo dei dati di partenza omogenei e confrontabili (flussi informativi, banche dati, ecc.) e disponibili preferibilmente per una serie consecutiva e continua di anni. Infatti le diverse realtà si possono confrontare tra loro nello stesso periodo o con se stesse in periodi differenti.

Le qualità delle attività sanitarie possono poi riguardare diversi aspetti che riguardano i processi (ex ante) ed i risultati delle attività erogate (ex post) in termini di appropriatezza, accessibilità, efficienza ed efficacia.

Il confronto tra dimensioni della performance e quello tra Efficienza della spesa e la dimensione legata all'Accessibilità ed alla Soddisfazione, mostra come la Lombardia si posiziona tra le Regioni con livelli medio-alti per entrambe le dimensioni.

Matrice di valutazione delle dimensioni di Accessibilità e Soddisfazione ed Efficienza

Accessibilità e soddisfazione	B - A	MB - A Marche	MA - A Veneto Friuli Venezia Giulia	A - A P.A. di Bolzano Emilia Romagna
	B - MA Liguria Molise Sardegna	MB - MA	MA - MA Lombardia P.A. di Trento	A - MA
	B - MB Basilicata	MB - MB Piemonte	MA - MB Toscana	A - MB Valle d'Aosta Abruzzo
	B - B Lazio Calabria	MB - B Campania Puglia Sicilia	MA - B	A - B Umbria
	Efficienza			

A= Alto
MA= Medio-Alto
MB= Medio-Basso
B= Basso

Analoga situazione si evidenzia anche per quanto riguarda l'Efficienza e l'Appropriatezza organizzativa. Infatti, anche in questo caso la Lombardia presenta livelli medio-alti per le dimensioni considerate.

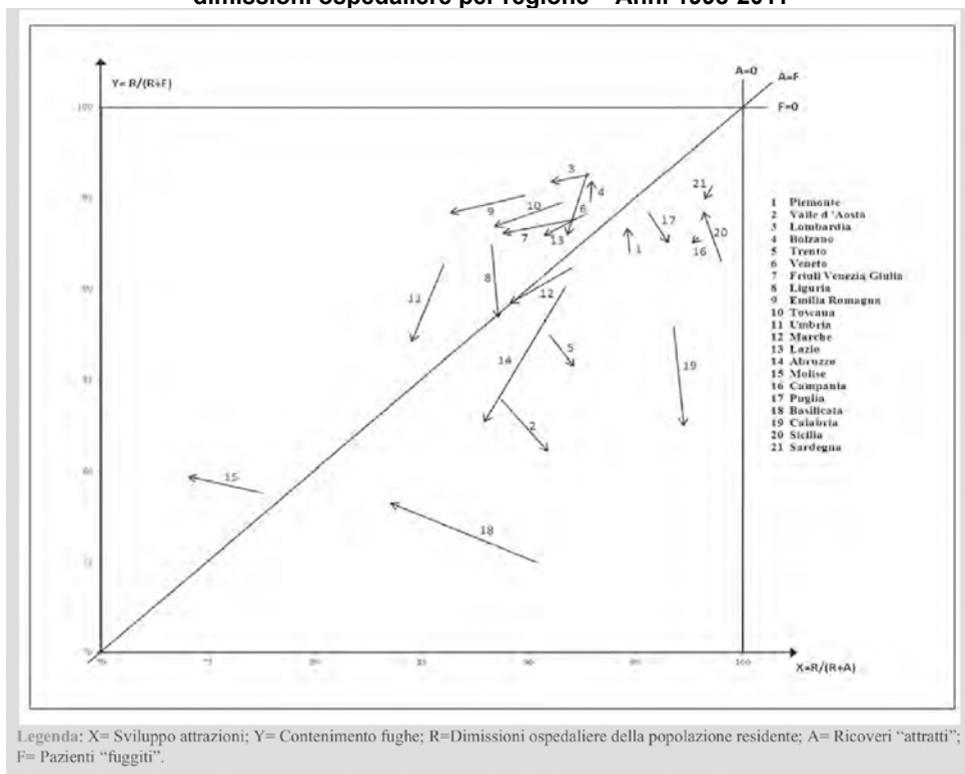
Matrice di valutazione delle dimensioni di Appropriatezza ed Efficienza

Appropriatezza	B - A Liguria	MB - A Marche	MA - A Veneto, Friuli Venezia Giulia	A - A Valle d'Aosta
	B - MA	MB - MA Piemonte	MA - MA Lombardia, P.A. di Trento, Toscana	A - MA P.A. di Bolzano
	B - MB Lazio, Calabria	MB - MB	MA - MB	A - MB Emilia Romagna, Umbria, Abruzzo
	B - B Molise, Basilicata, Sardegna	MB - B Campania, Puglia, Sicilia	MA - B	A - B
	Efficienza			

A= Alto
MA= Medio-Alto
MB= Medio-Basso
B= Basso

Queste valutazioni risultano essere utili per analizzare i trade-off dell'efficienza, cioè quali conseguenze sulla qualità del sistema può avere il controllo della spesa. Un indicatore che ben si correla con la qualità percepita dei sistemi sanitari è rappresentato dalla attrattività dei pazienti da altre Regioni e dalla fuga limitata di pazienti dalla propria. Dalla figura seguente (ministero Salute) si rileva che negli ultimi 13 anni Regione Lombardia si è mantenuta leader in Italia per quanto riguarda questo indicatore pur in un contesto che ha visto molte Regioni ridurre le fughe dei pazienti.

Quadrante superiore destro del Nomogramma di Gandy del trend di mobilità delle dimissioni ospedaliere per regione – Anni 1998-2011



Fonte: Ministero della Salute. SDO, Anno 2013

La promozione della qualità richiede d'altra parte il libero coinvolgimento e convincimento degli operatori e quindi comporta un notevole cambiamento culturale. Questo è ancora più importante quando le valutazioni non sono solo finalizzate ad incentivare lo sviluppo di attività di automiglioramento, ma quando sono utilizzate come criterio per modulare in termini incentivanti o disincentivanti i finanziamenti dei sistemi regionale o, a scendere, le ASL o le strutture ospedaliere di una singola Regione.

Sulla base dei risultati relativi all'efficacia i budget di ricovero di tutte le strutture pubbliche e private sono stati modulati da un +2% ad un -2%.

Si conclude affermando che in Lombardia si vuole ulteriormente promuovere la valutazione della qualità ma in termini di opportunità privilegiata per promuovere l'automiglioramento che parte dal basso. In un motto si potrebbe riassumere il lavoro che ci aspetta: misurarsi per misurare e migliorare.

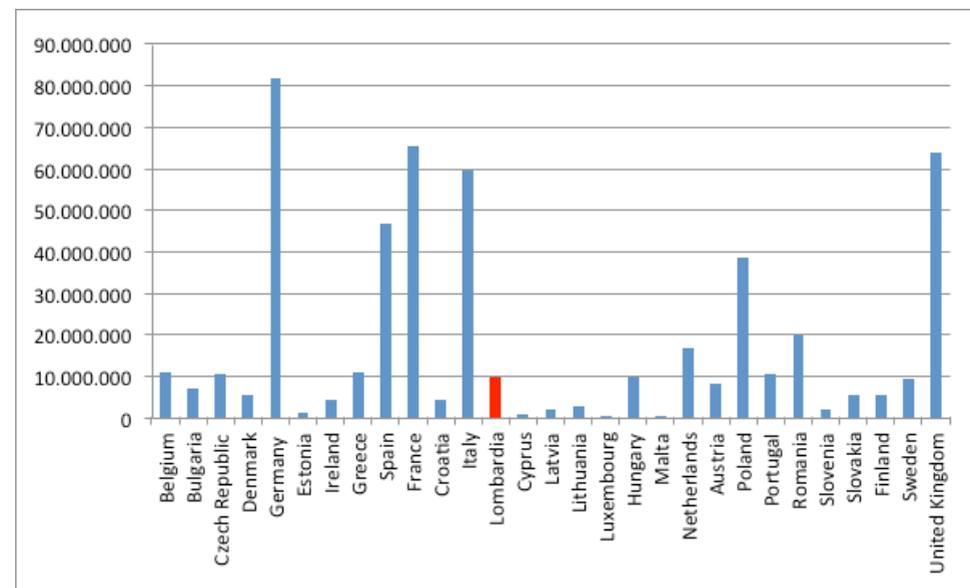
2. L'EVOLUZIONE DEI BISOGNI E LE SFIDE DA AFFRONTARE

2.1. LA VALUTAZIONE DEL CONTESTO

Come ogni sistema avanzato, la Lombardia deve affrontare cambiamenti strutturali epocali, sia sul versante dell'offerta, dove l'innovazione tecnico-scientifica produce possibilità inedite fino a pochi anni fa, sia sul versante della domanda, dove la composizione demografica è stravolta rispetto a poco tempo fa.

Il sistema sanitario e sociosanitario lombardo serve la salute e il benessere di una popolazione di 10 milioni di persone, pari a circa un quinto della popolazione italiana e superiore al dato di 17 dei 27 Paesi europei.

Popolazione dei Paesi europei e della Lombardia al 2012



Fonte: Eurostat – Istat

La Lombardia ha costruito nel tempo un sistema di offerta articolato e differenziato, che eccelle nelle capacità di innovazione, di coinvolgimento di risorse pubbliche e private, di ricerca e insegnamento, di partecipazione attiva e originale della popolazione. Più che in altri contesti, in questa regione la partecipazione del territorio alla costruzione dei beni comuni è stata significativa: nei servizi pubblici, nel credito, nelle assicurazioni, così come nella carità e assistenza. Nell'ambito pubblico/statale e nel privato.

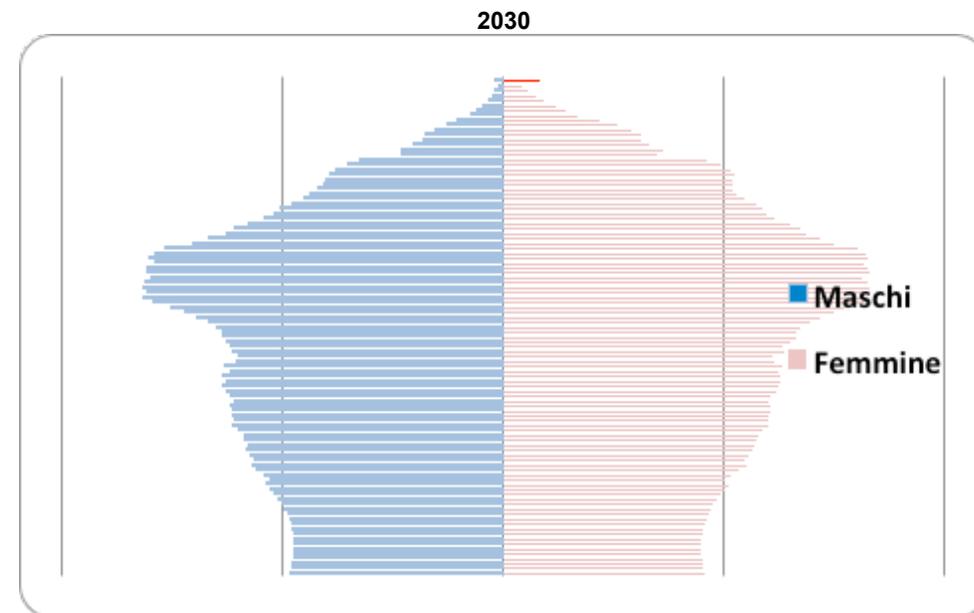
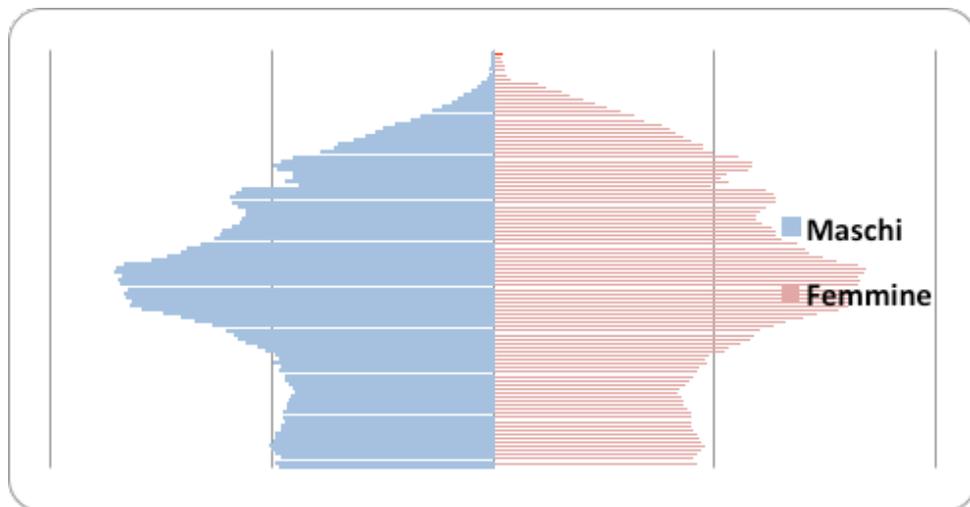
Oggi, di fronte ai cambiamenti strutturali, proprio la ricchezza di questa tradizione e il rinnovato slancio degli ultimi anni ci permettono di vedere, con maggiore chiarezza che altrove, dove un sistema avanzato è chiamato a riordinare i propri equilibri.

Molti dei fattori che hanno permesso di eccellere in una stagione caratterizzata dal prevalere dell'acuzie e dello sviluppo dell'efficienza delle strutture di offerta ospedaliera possono infatti essere paradossalmente di ostacolo nella nuova stagione caratterizzata invece dalla cronicità e insieme dalla necessità di governare la domanda con una organizzazione diffusa su scala territoriale.

2.1.1. L'aumento della popolazione anziana

Il contesto economico ed epidemiologico italiano è caratterizzato da un lato dalla "non crescita" del finanziamento (sia pubblico che privato), dall'altro dall'espansione della popolazione cronica spesso affetta da polipatologie (e conseguente fragilità), parallelamente alla crescita esponenziale della popolazione anziana: l'Italia di fatto è già un Paese anziano, tanto da contendere al Giappone il primato mondiale del più alto indice di vecchiaia (popolazione residente oltre 65 anni/popolazione residente 0-15). Gli ultra sessantacinquenni, attualmente pari al 21,1% della popolazione, sono destinati a salire al 30,4% nel 2065 (ISTAT 2013). Ciò che conta è l'indice di dipendenza, ovvero il rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e dai 65 anni in su) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), che passerà dall'attuale 32,7% al 54,4% nel 2065 (ISTAT 2013).

Popolazione residente in Lombardia, per età e sesso – 2013



Fonte: Blangiardo, 2014

Il 2030 sarà l'anno in cui in Lombardia un milione di ultraottantenni raggiungeranno il milione di bambini con meno 10 anni e il milione di ragazzi da 10 a 20 anni.

Avremo 3 milioni di lombardi con più di 65 anni, di cui un milione con più di 80. Tre ultrasessantacinquenni per ogni due giovani sotto i vent'anni.

Gli assistiti anziani costano di più (in Lombardia come nel resto del mondo) e richiedono un'assistenza sanitaria distribuita sul territorio con prossimità al loro domicilio. Nel 2012, gli assistiti definibili come cronici nella Regione in base ai dati di esenzione e di classificazione nella BDA (Banca Dati Assistito) erano pari al 31,8 % dei 10.157.474 assistiti totali lombardi per una spesa complessiva superiore al 70% del totale (quasi l'80% se si considerano le sole voci ricoveri, farmaceutica territoriale, specialistica e file F). A questi si aggiungono i costi per i servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali di natura sociosanitaria, che per l'anno 2012 sono stati di circa 1,2 miliardi di euro per ricoveri in lungo-assistenza, RSA e per ADI. Pertanto qualsiasi sviluppo del Servizio Sanitario e Sociosanitario deve tenere in considerazione il modello di assistenza per assistiti cronici.

A tutto ciò si affiancano le fragilità di tipo sociale derivanti da separazioni, povertà e nuove forme di dipendenza in rapida diffusione, quali la ludopatia (tra il 2012 e il 2013 il numero di persone che si rivolgono ai SerT per questo tipo di problema è aumentato del 25%).

2.1.2. Le risorse limitate

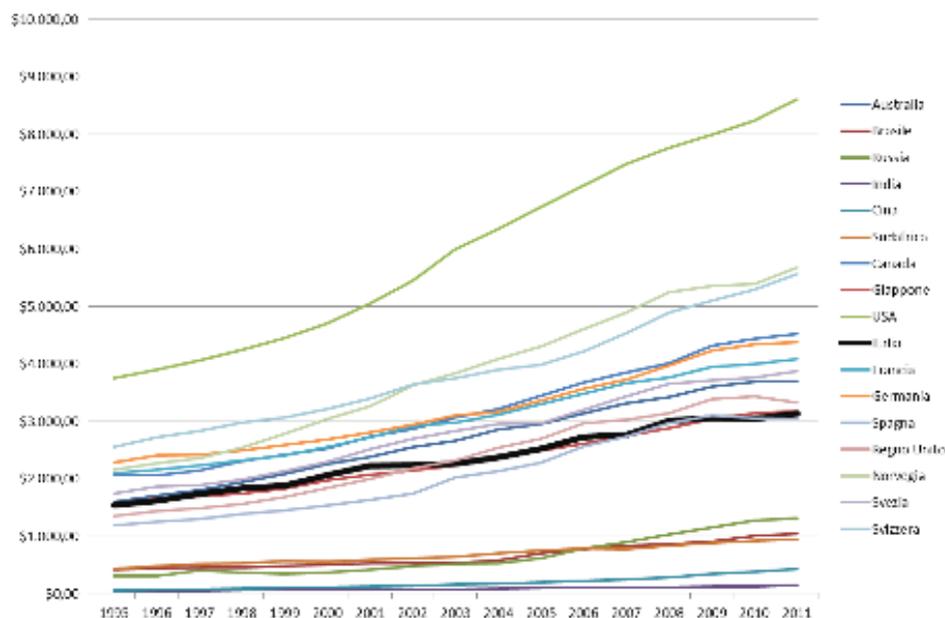
Guardando al contesto economico si registra che l'incidenza della spesa pubblica nei paesi EURO si attesta intorno al 51% del PIL e che la spesa per la protezione sociale (previdenza, sanità e assistenza) in relazione al PIL nei paesi UE è del 27%.

Il progressivo invecchiamento della popolazione produce, di conseguenza, un aumento dell'incidenza della spesa pubblica per l'assistenza agli anziani, che dall'attuale 1,7% del PIL passerà ad un valore compreso tra 2,6% e 4% del PIL nel 2050 (dati OCSE). Inoltre, la spesa per la protezione sociale, che dal 2000 al 2008 è cresciuta ogni anno del 5%, ad oggi rappresenta il 27% del PIL. Uno studio di Censis e Unipol evidenzia che le famiglie italiane spendono ogni anno tra i 20 ed i 22 miliardi di euro per aiutare i propri membri in difficoltà. Inoltre, si registra che le famiglie risparmiano sui beni durevoli ma spendono per la salute, tant'è che la spesa della sanità privata cresce del 2,8% ogni anno.

Il contesto socioeconomico lombardo riflette la situazione nazionale e vede le famiglie sempre più in difficoltà. I dati rilevano che la porzione di popolazione lombarda interessata dalla povertà relativa nel 2012 è pari al 6% (+1,8% rispetto al 2011), l'indice di deprivazione è passato dal 6,7% nel 2006 al 13,9% nel 2011 e le famiglie lombarde che dichiarano di arrivare con difficoltà a fine mese sono in aumento (il 23,8% nel 2004, il 29% nel 2008).

Questa tendenza è comune a tutti i Paesi a economia avanzata che affrontano, fin dagli anni '60, una continua crescita della spesa sanitaria complessiva, pubblica e privata nei loro bilanci.

Spesa sanitaria pro-capite a parità di potere d'acquisto



Fonte: WHO, National Health Accounts, 2013

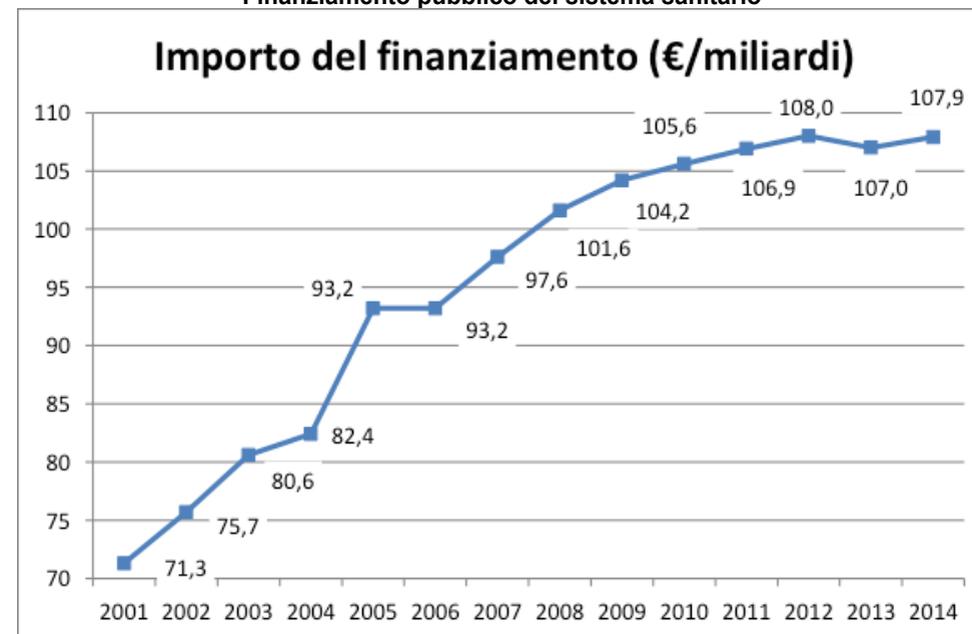
L'aumento della spesa è dovuto principalmente ai seguenti fattori:

- lo *sviluppo delle tecnologie sanitarie* (farmaci, vaccini, presidi, programmi di assistenza, percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, organizzazione dei servizi) che modificano l'esito di molte patologie (infettive come l'HIV, cardiovascolari, oncologiche, per citarne solo tre tra le principali) e che hanno come conseguenza l'incremento dei costi di assistenza sanitaria e sociosanitaria (sopravvivenza agli eventi infausti con modifica della condizione a cronico e crescita annuale del numero, ad esempio, di infartuati sopravvissuti);
- l'*aumento della domanda e dell'aspettativa di salute* da parte della popolazione, insieme a una crescente non accettazione dello stato di "malattia" e la continua richiesta di prestazioni sanitarie;
- la *crescente mobilità fisica e l'aumento dello scambio comunicativo* che accompagna la globalizzazione, con l'allargamento dei confini di relazione e di informazione. Le conseguenze possono andare dalla relativa facilità di trasmissione di patologie infettive (es. HIV, TBC, HCV), fino alla libera ricerca di informazioni riguardo a patologie o stati di salute presunti, effettuata su fonti e attraverso percorsi poco affidabili e non controllati (con la frequente acquisizione di false informazioni).

A questi fenomeni l'Italia associa un livello di debito pubblico che impone una forte limitazione di spesa.

Il risultato è che la previsione a medio periodo è, di fatto, un'invarianza di finanziamento, in presenza di una spesa che tendenzialmente invece sale e che creerà alle Regioni problemi di deficit. Dopo anni di crescita costante, il finanziamento infatti si è stabilizzato.

Finanziamento pubblico del sistema sanitario



Fonte: Ministero della Salute

Diventa quindi importante sviluppare e implementare modelli e strumenti che consentano lo spostamento dell'asse di cura verso il territorio in modo efficace, dal punto di vista clinico e socioassistenziale, nonché economicamente sostenibile.

2.1.3. L'innovazione e la ricerca

Il Sistema sanitario e sociosanitario è oggi caratterizzato da una grande complessità per diverse cause:

- la disponibilità sempre maggiore di farmaci, dispositivi e tecnologie sanitarie innovativi;
- la dinamicità del contesto che richiede da parte degli operatori un continuo adattamento al variare delle conoscenze scientifiche e delle esigenze organizzative;
- la mutata relazione medico-paziente, con quest'ultimo sempre più informato ed esigente e portatore di aspettative spesso superiori a quanto la medicina possa fare.

Pertanto il sistema sanitario e sociosanitario deve essere fortemente caratterizzato dagli ambiti della ricerca e della formazione, per poter adempiere alla sua missione, mettendo gli operatori nella condizione di assicurare l'appropriatezza dei percorsi di cura e assistenza, secondo una logica di integrazione del sistema di offerta.

L'evoluzione del contesto epidemiologico e la centralità della medicina sul territorio impongono anche una riflessione sui modelli formativi dedicati ai MMG e ai PLS, in relazione alla possibile evoluzione del loro ruolo, in modo da sfruttare appieno l'innovazione e la ricerca come motore del cambiamento.

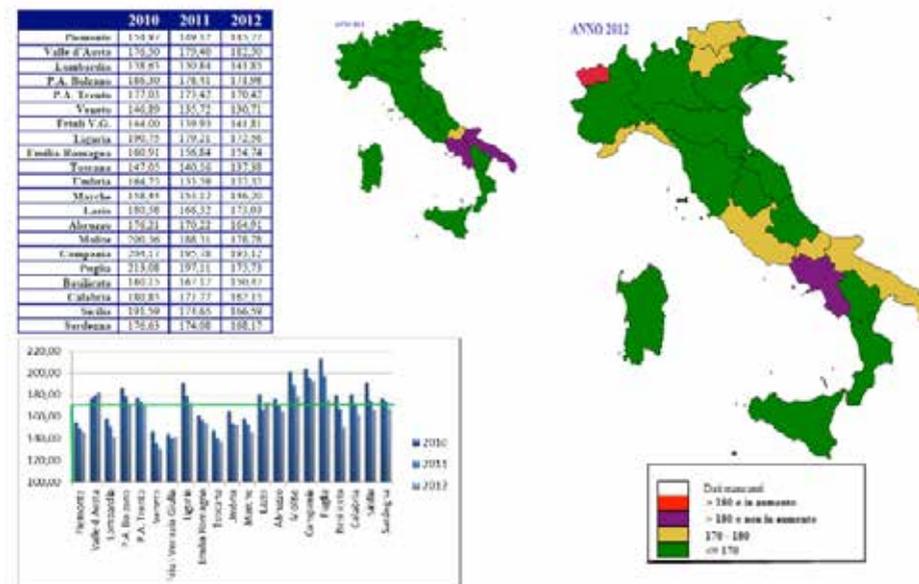
2.2. Come si è affrontata l'evoluzione della domanda in Lombardia

2.2.1. La riduzione dei ricoveri e lo spostamento verso i livelli di assistenza territoriali

Il sistema ospedaliero lombardo, pubblico e privato accreditato, negli ultimi 15 anni ha ridotto del 26% il numero dei soggetti ricoverati da 1.294.000 a 958.000. Si consideri che la popolazione nello stesso periodo è aumentata di quasi un milione di unità e che è aumentata anche la prevalenza di pazienti cronici, che oggi sono circa il 30% della popolazione. Alla riduzione dei ricoveri si associa una riduzione dei posti letto del 20%, che sono passati da 45.400 a 37.500, con un tasso sceso al 3,7%.

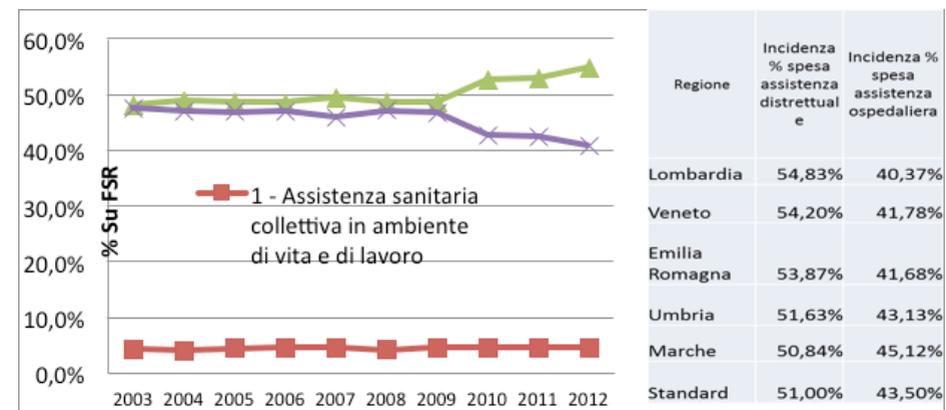
La Lombardia è tra le tre Regioni con il tasso di ospedalizzazione più basso e presenta un trend di riduzione molto deciso nell'ultimo triennio.

Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1.000 residenti



Tale fenomeno è il risultato di un insieme di azioni che hanno permesso il progressivo spostamento dai LEA ospedalieri a quelli territoriali, tendenza che si è particolarmente accelerata negli ultimi anni (di seguito è riportato il trend sino al 2012), benché si sia mantenuta l'erogazione delle prestazioni prevalentemente presso l'ambito ospedaliero.

Incidenza della spesa distrettuale e ospedaliera in alcune regioni – Anni 2003-2012



Fonte: Regione Lombardia

Anche per le alte specialità, nel 2013 si è avviato processo di riordino, teso a garantire una rete di offerta caratterizzata da maggiore sicurezza per i pazienti, concentrando le unità operative presso le strutture in grado di garantire casistica e qualità adeguate.

Il personale delle ASL, delle AO e degli IRCCS pubblici è rimasto sostanzialmente costante e ciò è legato, malgrado la sensibile riduzione delle attività di ricovero, alla contemporanea necessità di mantenere un elevato livello di cure in modalità di erogazione alternative alla degenza ospedaliera classica ed in modalità di erogazione di tipo ospedaliero più complesso. La riduzione dei ricoveri infatti è concentrata su quelli di tipo "leggero" effettuabili in regime ambulatoriale e quindi non permette una riduzione proporzionale del personale.

La riduzione dei soggetti ricoverati, sia in regime ordinario sia in regime di day hospital sopra evidenziata, risente in modo decisivo della forte riduzione che hanno avuto i day hospital di tipo diagnostico (inappropriati) insieme a quelli che sono passati, dal 2010 in poi, in regime di chirurgia ambulatoriale e di macroattività ambulatoriale complessa.

Se si osserva solo l'andamento delle attività erogate in regime ordinario si rileva che la riduzione complessiva dei soggetti ricoverati è molto evidente (-20,4%) e che il regime ordinario per acuti vede una riduzione significativa anche nei soggetti di diritto privato, escludendo l'ipotesi che i soggetti non più ricoverati nelle strutture pubbliche siano passati a quelle private. L'incremento di ricoveri in riabilitazione è presente in entrambe le tipologie di erogatori ed è più marcato nei soggetti privati perché con il riordino della riabilitazione del 2005 questi furono assegnatari di circa 800 posti letto aggiuntivi di riabilitazione.

Dal 1998 ad oggi, grazie a diversi fattori legati all'evoluzione della medicina ed all'azione di governo regionale, il sistema sanitario regionale ha mutato quindi in modo significativo il proprio aspetto.

La riduzione dei ricoveri non è il solo fenomeno significativo che si è verificato in questi anni. Alla riduzione dei ricoveri si contrappone l'aumento delle prestazioni ambulatoriali erogate, che nello stesso periodo di analisi (15 anni) sono passate da 108 a 170 milioni di prestazioni.

Nello spostamento di attività sanitaria dall'ospedale al livello ambulatoriale va però considerato che, a fronte di una maggiore appropriatezza organizzativa e di uso delle risorse sanitarie, si registra un potenziale maggior carico assistenziale per le famiglie. Pertanto, nel ripensamento dell'assetto di assistenza territoriale, va valorizzata non solo la componente ambulatoriale, ma anche quella assistenziale e di accompagnamento.

Tale attività può rappresentare un vantaggio per il sistema, ma alle volte la riduzione del ricovero e l'aumento dell'ambulatorio rischia di risolversi in uno svantaggio per la famiglia che si fa carico del paziente cronico.

2.2.2. La trasformazione degli ospedali, il potenziamento delle cure *sub acute*, il riordino della riabilitazione

La riduzione dei ricoveri non è il solo fenomeno significativo che si è verificato in questi anni. Si possono segnalare infatti altri aspetti che caratterizzano fortemente il trend di utilizzo degli ospedali negli ultimi 15 anni.

I cosiddetti ricoveri in regime per acuti sono stati nel 2013 per il 75% riconducibili a dei pazienti affetti da patologie croniche. Ciò non significa che un paziente diabetico, quando viene ricoverato, viene curato solo per il diabete, ma significa che, anche se viene ricoverato per

un intervento di protesizzazione all'anca, bisogna per evitare pericolose complicanze, tenere conto del fatto che è un soggetto diabetico.

Dall'analisi dei pazienti e delle patologie trattate (DRG) è possibile identificare una diversa articolazione delle attività svolte dalla rete ospedaliera, che si è già di fatto strutturata su livelli diversi, tanto che circa una ventina di presidi ospedalieri si sono decisamente orientati alla gestione di pazienti cronici residenti nel proprio territorio.

Recentemente, inoltre sono state introdotte forme diversificate di cure intermedie finalizzate a garantire un efficace percorso di continuità ospedale/territorio.

Le cure sub acute sono inoltre cure sanitarie rivolte a soggetti che hanno un evento acuto o la riacutizzazione di una patologia cronica. Si tratta di un trattamento, con chiari obiettivi di cura definiti all'ingresso, erogato immediatamente dopo un ricovero maggiore per acuti o in alternativa ad un ricovero per acuto per un quadro clinico già diagnosticato, riconducibile prevalentemente ad una patologia cronica, che non necessita della dotazione tecnologica e professionalmente complessa di un ospedale per essere trattato. Si tratta di cure in larga parte alternative ad attività oggi svolte in reparti ospedalieri di area medica che hanno un alto contenuto sanitario in ambito domiciliare che non devono essere confuse con le attività post acute.

Diverso è invece il contenuto delle attività post acute/intermedie che hanno un significato prevalentemente sociosanitario e che permettono, in alternativa a quella della famiglia, una presa in carico di soggetti fragili in attesa della loro dimissione in RSA o al domicilio.

La tipologia dei bisogni derivanti da situazioni di cronicità richiede pertanto un cambio di paradigma: se il nostro modello di assistenza prevalente, tipico degli ospedali e del loro sistema di finanziamento, prevede l'erogazione di prestazioni, affrontare il tema della cronicità richiede invece modelli centrati su una nuova modalità di presa in carico integrata della persona, che garantisca una continuità di assistenza tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri e percorsi di cura o di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari.

La riorganizzazione della rete di offerta sanitaria e sociosanitaria e dell'intera filiera dei servizi deve portare alla definizione di un assetto organizzativo in grado di consolidare lo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio e caratterizzato da prossimità, presa in carico e continuità delle cure, che garantisca in particolare:

- Orientamento ed accesso delle persone e delle famiglie ai servizi territoriali;
- Coordinamento dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari;
- Presenza di servizi (presidi territoriali, poliambulatori, cure intermedie, riabilitazione, consultori, etc) di riferimento per l'assistenza ai cronici;
- Raccordo e sistematizzazione della rete degli operatori accreditati in ambito sanitario (ospedali, ambulatori etc) e sociosanitario (RSA, RSD, ADI etc).

Con la delibera di Giunta 1520/2014 si è stabilito un punto certo, soprattutto in termini di contenuti e di appropriatezza, relativamente alla riabilitazione ospedaliera post acuta.

Si è anche definito in modo chiaro che il contenuto appropriato delle attività ospedaliere di riabilitazione post acuta è rappresentato dall'estrinsecarsi integrato delle attività di riabilitazione clinica evidenziando in modo chiaro la differenza fra riabilitazione, medicina fisica e

riabilitativa (MF&R) e riabilitazione clinica:

a. la riabilitazione mira a restituire alla persona il massimo livello funzionale (interazione ambientale, maggiore successo nelle “attività”, secondo il modello ICF 2001) ed è quindi lo scopo delle più varie attività umane, non soltanto sanitarie. Un’attività biomedica (es. un intervento chirurgico ortopedico), un’attività clinica (es. una terapia neurologica) e un’attività sanitaria (es. il riconoscimento di mansioni lavorative ridotte o di una pensione di invalidità) possono tutte avere come scopo condiviso la riabilitazione di una persona disabile.

b. la MF&R condivide lo scopo riabilitativo ma prevede mezzi specificamente “fisici”, nel senso di interventi diagnostico-terapeutici che avvengono dall’esterno sulla persona nel suo complesso. Per esempio, l’esercizio terapeutico motorio e cognitivo si rivolgono alla persona in quanto unitaria e unica. Questo ne fa una Specializzazione medica a sé stante.

c. in senso più lato, tuttavia, si può definire “**riabilitazione clinica**” l’insieme delle attività svolte da medici e da operatori di formazione clinica ma non medici, e che svolgono le professioni sanitarie di fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, ortottico, terapeuta della neuro- e psico-motricità in età evolutiva, educatore professionale, podologo, tecnico della riabilitazione psichiatrica.

Qui non si tratta di “teoria” ma si definisce un confine di appropriatezza che evita di confondere la riabilitazione con tutto ciò che non è acuto e soprattutto di farla coincidere tout court con le attività post acute che, sia pure con intensità minore, hanno un approccio prevalente di tipo biomedico o riabilitativo in senso lato nei termini sopra descritti (punto a) di cui sopra. Non è infatti superfluo parlare di appropriatezza anche in ambito riabilitativo in quanto anche a livello nazionale (Ministero Salute) è in atto un lavoro intenso di valutazione delle attività riabilitative che va nella direzione sopra descritta, che “fotografa” il sistema riabilitativo lombardo in una buona posizione nel 2012 e che stimola a proseguire nella direzione qui indicata senza abbassare la guardia soprattutto sul lato della inefficienza (vedi tabella seguente).

2.2.3. Il modello della sperimentazione CReG

Un ambito di applicazione dei concetti rappresentati in relazione alla cronicità attiene alla sperimentazione dei Chronic Related Group (CReG) condotta dal 2012 in base a specifici accordi tra ASL e Cooperative di MMG in 5 ambiti territoriali (Como, Lecco, Bergamo, Milano, Milano 2).

Il CReG è una modalità di classificazione e tariffazione delle principali patologie croniche che è attualmente applicata per remunerare la presa in carico, da parte delle cooperative di MMG, dei pazienti affetti da patologia cronica. Le tariffe riconosciute ricomprendono in un’unica valorizzazione tutte le prestazioni sanitarie (ambulatoriali, farmaceutiche e protesiche) rese al paziente.

Sono 60.000 i pazienti arruolati nella sperimentazione e 500 i MMG partecipanti. I risultati preliminari dimostrano una riduzione significativa degli accessi in PS e dei ricoveri per i pazienti che partecipano alla sperimentazione.

La sperimentazione proseguirà nelle 5 ASL con l’obiettivo di valutare l’efficacia della “presa in carico” su indicatori di qualità e di salute, e il relativo impatto sui consumi sanitari e sulla spesa e per verificare la fattibilità di nuovi modelli organizzativi (accordi con strutture erogatrici, distribuzione diretta, prescrittore unico, etc.) finalizzati a conseguire dei vantaggi di sistema. In tale contesto, proseguirà il consolidamento e la valutazione delle esperienze di telemedicina in atto nei CReG a supporto dell’integrazione ospedale territorio, anche in rela-

zione ai percorsi definiti dall’esperienza delle Nuove Reti Sanitarie, entrata a regime nel 2013. Inoltre, in attesa delle determinazioni della revisione delle convenzioni della Medicina Generale e delle determinazioni del Patto della Salute, sarà necessario verificare ed allineare la sperimentazione CReG a quanto indicato dalla L. 189/2011. Difatti la sperimentazione CReG si inserisce in un momento di profonda revisione del modello assistenziale territoriale dove i MMG, pur mantenendo il rapporto fiduciario con i propri assistiti, dovranno operare in organizzazioni (AFT e UCCP) con modalità multiprofessionali e integrate. La sperimentazione CReG sembra adeguata per declinare in chiave regionale il dettato normativo introdotto dalla L. 189/2011, in quanto risponde ai principi della normativa (condivisione delle competenze, gestione efficace ed efficiente delle patologie croniche e capacità di presa in carico dei pazienti).

Allo stesso modo la sperimentazione CReG può offrire spunti di forte innovazione organizzativa anche nella prospettiva prevista dalle linee evolutive del sistema sanitario di rafforzamento della medicina territoriale, che dovrà dotarsi di strutture di degenza territoriale (POT) organizzate per bassa intensità assistenziale, nelle quali sarà possibile sperimentare anche modelli di gestione infermieristica.

Al fine di garantire una risposta completa alle patologie ed ai bisogni, rispetto al modello attuale dei CReG, sarebbe necessario integrare all’interno i servizi per la non autosufficienza (ADI, etc). Questo approccio ed evoluzione dei CReG permetterebbe una reale ricomposizione dei bisogni della persona fragile.

Per garantire l’integrazione multiprofessionale e la continuità dell’assistenza, andrebbe adeguato il modello organizzativo dei CReG. Deve essere prevista l’estensione a tutti i professionisti delle Cure primarie (MMG, PLS, guardia medica, medicina dei servizi e specialisti ambulatoriali) e l’integrazione con i professionisti del sociale a rilevanza sanitaria in possesso di adeguati requisiti professionali, al fine di garantire una adeguata e completa valutazione dei bisogni e monitoraggio degli esiti.

2.2.4. Evoluzione della rete sociosanitaria: rafforzamento della rete accreditata e sperimentazioni

Regione Lombardia ha inoltre potenziato, nel corso delle ultime legislature, l’offerta per l’utenza fragile, costruendo nel tempo un sistema, unico in Italia, che conta oltre 5.000 strutture, con più di 200.000 posti accreditati e che offre ogni anno servizi ad oltre 800.000 persone. L’offerta per anziani oggi può contare su oltre 64.000 posti di residenzialità e semiresidenzialità, con un aumento di oltre 10.000 posti rispetto al 2005. Per le persone con disabilità, l’offerta è passata da circa 6.500 posti a oltre 17.000 (servizi sociali e sociosanitari). L’offerta per la prima infanzia è cresciuta di oltre 34.000 posti, assestandosi nel 2013 ad oltre 64.000 posti. È stata fortemente potenziata l’offerta di domiciliarità, che ha visto passare il numero di erogatori di assistenza domiciliare da 179 a 234, così come sono aumentate le strutture per la cura delle persone in fase terminale della vita (siamo passati da 7 hospice con 24 posti nel 2005 a 33 con 353 posti).

In particolare, nel settore sociosanitario la presenza del privato è rilevante (86% dei posti accreditati), garantendo ai cittadini la presenza capillare di servizi sul territorio. La rete degli erogatori è costituita da un mondo eterogeneo di tipologie di forme di gestione, dove prevalgono le Fondazioni (45% dei soggetti), Società di capitale (13%), le Cooperative sociali (10%), le Associazioni e/o Enti religiosi (12%), che si affiancano ad ASP (3%), Comuni (4%)

e ad altre forme giuridiche.

Regione Lombardia ha supportato l'adeguamento della rete dei servizi ai nuovi bisogni anche attraverso il finanziamento di progetti innovativi che nel settore sociosanitario hanno permesso di attivare nuovi posti nelle aree della riabilitazione per minori con disabilità, delle dipendenze e della non autosufficienza.

Sono state altresì promosse politiche per lo sviluppo dell'associazionismo familiare e del Terzo Settore: dal 2001 ad oggi sono nate oltre 4.400 nuove Associazioni/Organizzazioni ed il settore è arrivato oggi a contare circa 9.200 realtà.

2.2.4.1. Interventi per il sostegno alla domiciliarità

Offrendo alla famiglia un'ulteriore opportunità di risposta ai bisogni, è stato introdotto il riconoscimento di un contributo mensile al familiare caregiver di persone in Stato Vegetativo o con malattie del motoneurone (compresa la SLA).

Gli interventi in favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie sono stati ulteriormente rafforzati con la DGR 740/2013 che ha ampliato la platea dei beneficiari, includendo tutte le forme di gravissima disabilità, facendo emergere persone con bisogni che non accedevano alla rete dei servizi e delle Unità d'Offerta, ADI inclusa.

La DGR 856/2013 ha previsto una misura di presa in carico integrata da parte delle RSA e RSD in una logica multiservizi, per una presa in carico della persona residente al proprio domicilio. L'azione prevede l'erogazione di interventi/prestazioni, di natura sociosanitaria, sia presso le strutture sia presso l'abitazione della persona. Nella fase di prima attuazione tale misura è rivolta a persone anziane affette da demenza/Alzheimer o da altre patologie gravi di natura psicogeriatrica. La misura prevede l'erogazione di un voucher mensile di € 500.

2.2.4.2. La valutazione del bisogno quale strumento per il governo dell'appropriatezza

Alla luce del cambiamento demografico in atto, che vede il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento delle cronicità sanitarie e sociosanitarie, è stato necessario implementare strumenti per garantire l'appropriatezza nell'accesso ai servizi di welfare.

Nel percorso di diffusione dell'applicazione degli strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno Regione Lombardia ha sperimentato diversi modelli in funzione del target di utenti.

Per le persone in condizione di fragilità che accedono all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è stato sperimentato un modello basato su due fasi:

- Valutazione di primo livello finalizzata ad identificare e separare i bisogni complessi di natura sociosanitaria (da indirizzare alla valutazione di secondo livello), dai bisogni semplici che possono essere soddisfatti con interventi di natura sociale o sociosanitaria monoprofessionale. Strumento utilizzato: scheda di Orientamento (Triage).
- Valutazione di secondo livello finalizzata ad identificare i bisogni della persona, con problemi complessi, sia sociosanitari (valutazione funzionale), sia sociali e relazionali (valutazione sociale). Gli strumenti utilizzati sono stati la scala FIM integrata con scala sociale e scala VAOR-Home Care.

Per persone che accedono alle strutture residenziali (RSA) è stata sperimentata la scala VAOR LTCF quale strumento gestionale delle RSA, finalizzato alla definizione di nuovi profili e tariffe ad essi correlate.

Attraverso la Delibera delle Regole 2014, il sistema VAOR è stato assunto quale strumento regionale per la valutazione multidimensionale del bisogno, con la necessaria gradualità per le diverse unità d'offerta per persone non autosufficienti, a partire da quelle che accedono al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata. È attualmente in corso il processo di formazione degli operatori delle ASL all'utilizzo del sistema VAOR.

2.2.4.5. Le azioni del primo anno di legislatura

Il cambiamento dei bisogni e le necessità di sostenibilità economica hanno chiesto e continuano a chiedere alla X Legislatura di avviare un percorso di potenziamento dei servizi e degli interventi, con forte attenzione alla revisione della rete di offerta accreditata e alla ricerca di soluzioni innovative per dare riscontro a bisogni che oggi non trovano risposta o che trovano risposte solo parziali.

Alla luce delle considerazioni sin qui emerse, il primo anno della legislatura ha già visto l'orientarsi delle scelte strategiche verso l'individuazione di risposte.

In particolare le "regole di sistema" con cui la Giunta ha fornito gli indirizzi di sviluppo del sistema sanitario e sociosanitario per il 2014 hanno già largamente recepito le criticità e le sfide da affrontare, introducendo elementi di forte innovazione e che hanno come linee di intervento portanti:

- 1) Il mantenimento dell'equilibrio di bilancio in un contesto di finanziamento nazionale che ha visto per la prima volta nel 2013 una riduzione assoluta delle risorse assegnate alla sanità.
- 2) Una maggiore attenzione al livello programmatico territoriale.
- 3) Lo sviluppo di interventi per la riduzione dell'inappropriatezza, il miglioramento della qualità, lo sviluppo dell'efficienza.
- 4) Il mantenimento delle politiche di investimento per l'aggiornamento strutturale e tecnologico del sistema.
- 5) Governo dell'innovazione e della ricerca, della formazione e della didattica.
- 6) La creazione di un secondo pilastro di welfare, attraverso il Fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili, per orientare le politiche al bisogno di maggiore flessibilità espresso dalle famiglie e per sostenere le persone fragili che non accedono alla rete d'offerta sociosanitaria o che ricevono risposte frammentarie rispetto ai bisogni espressi.
- 7) Interventi a sostegno di EXPO.

PARTE SECONDA
PROPOSTE DI EVOLUZIONE DEL SISTEMA: DALLA CURA AL PRENDERSI CURA.

3. I PUNTI DI ATTENZIONE PER FARE MEGLIO

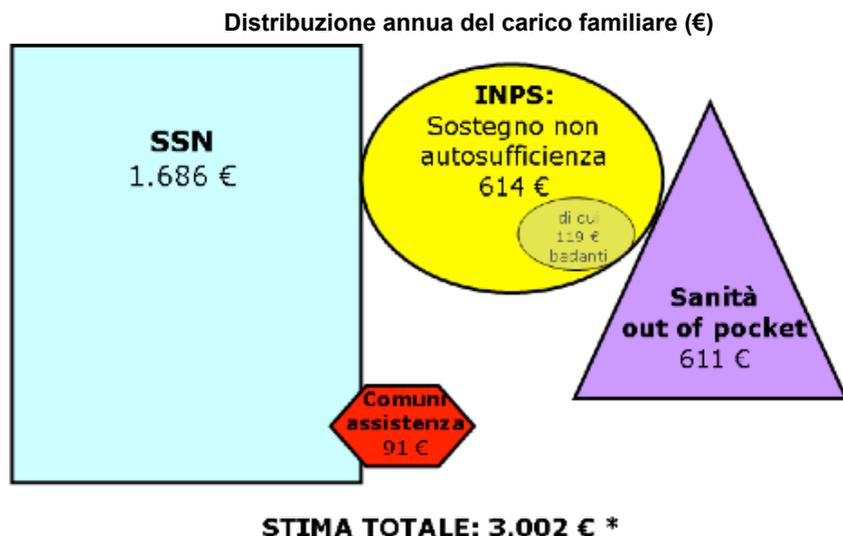
3.1. Aumento dei carichi familiari

Nell'arco temporale degli ultimi 10 anni, il fenomeno della riduzione dei ricoveri ospedalieri già descritto, si accompagna ad un aumento significativo (fino al 52%) dell'attività e della spesa sociosanitaria (ADI, semi-residenzialità, residenzialità), anche in relazione a ulteriori fenomeni.

Tale spesa, concentrata nelle fasi finali della vita, è significativa e sostenuta per lo più dalle famiglie, come si evince dalle considerazioni che seguono.

Il welfare sociosanitario e socio assistenziale italiano vale circa € 3.000 per abitante all'anno e complessivamente 180 miliardi/anno. Esso rappresenta il 13% del PIL e costituisce il più grande settore della economia.

Di questi 3.000 Euro per abitante il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) spende € 1.700 per abitante, cioè complessivamente 106 miliardi e, contrariamente alla opinione corrente, si tratta di un settore che non è fermo, ma essendo tipicamente anticiclico il suo budget è aumentato nell'ultimo anno dello 0,7 – 0,8 %.



* Si evidenzia anche la presenza, con riferimento alle partite socio-assistenziali a carico INPS, di ulteriori 371 euro per residente destinati ad integrazione del reddito, per una stima totale complessiva di 3.373 euro per residente.

Una rilevante componente del welfare sociosanitario è la sanità out of pocket, quella che pagano di tasca propria i cittadini che vale 36 miliardi di Euro. Comprende varie spese: dal dentista (10-12 miliardi) ad alcuni farmaci e soprattutto le visite specialistiche e la compartecipazione sui servizi residenziali per la non autosufficienza.

Dei 3.000 Euro/abitante quindi 1.200 escono direttamente dalle tasche dei cittadini (inclusa la spesa INPS che comunque finisce nelle mani dei privati) e il settore pubblico pesa nel suo complesso per € 1.800 circa per abitante.

Il settore sanità deve sviluppare un modello di governance capace di sostenere lo sviluppo e l'infrastrutturazione dei servizi territoriali, l'integrazione della spesa pubblica con quella out of pocket (25-30% in crescita) attraverso la valutazione relativa anche al possibile sviluppo di fondi integrativi, mutualistiche ed assicurativi e l'integrazione della filiera ospedale-servizi sociosanitari-servizi sociali.. L'obiettivo delle politiche regionali deve essere pertanto dare unitarietà di intervento alle persone e alle famiglie, con pari opportunità di accesso e prestazioni, che oggi devono ricomporre il sistema di interventi trovando gli erogatori accreditati e a contratto che possano dare risposte in tempi brevi.

Il riequilibrio è, pertanto, innanzitutto nella presa in carico globale integrata della persona e della famiglia, perché da qui scaturisce il progetto personalizzato di intervento, dove ogni soggetto porta il suo contributo, evitando sovrapposizioni di intervento. È necessario un forte raccordo ASL – Comuni per poter integrare le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. In questo senso il Fondo a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili, intende rispondere ad una importante criticità: promuove la creazione di servizi dedicati alle fragilità che oggi non trovano piena risposta nella rete dei servizi accreditati.

3.2. L'attenzione alla cronicità e alle fragilità

Come già precisato, all'interno dei 3 milioni di pazienti cronici i aumenta sempre più il numero delle persone in condizione di cronicità sociosanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da dipendenze da sostanze, ecc.), stimabili in circa 600.000. Anche gli utenti delle Unità d'Offerta sociosanitarie stanno diventando sempre più fragili e complessi: a mero titolo di esempio si pensi che il 70% degli ospiti delle RSA sono persone affette da demenze, di cui il 36% con forme gravi di demenza. In particolare, il 7% sono persone affette da Alzheimer, l'1% sono stati vegetativi e persone affette da malattie del motoneurone (SLA, ecc.) ed il restante 22% sono anziani con diverso livello di fragilità, che confluiscono nella cosiddetta utenza tipica RSA. Dal 2004, il numero di persone con forme gravi di demenza e con Alzheimer è aumentato in modo rilevante (oltre il 22%), passando da 29.825 a 36.410 (30.469 demenze gravi e 5.941 Alzheimer).

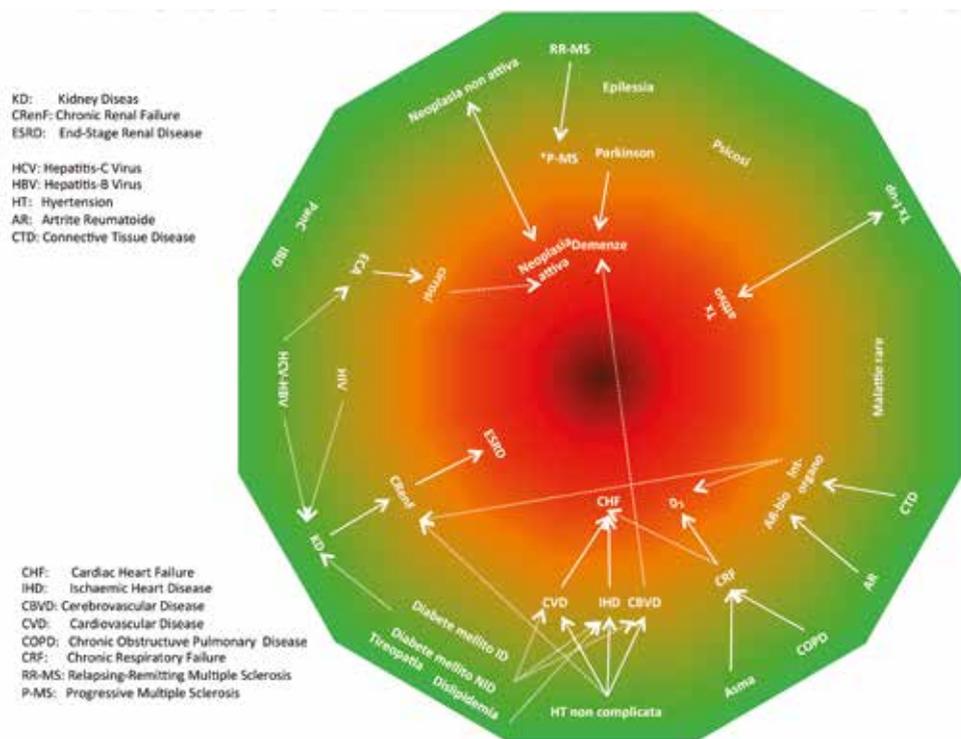
Il trattamento delle persone con cronicità è ancora oggi molto legato all'assistenza ospedaliera: in alcuni presidi ospedalieri i pazienti cronici arrivano a coprire più del 90/95% della casistica e ciò porta a concludere che parlare di ospedale per acuti non è quindi più del tutto adeguato. Sempre di più, infatti, gli ospedali cosiddetti per acuti trattano tali episodi che insorgono in pazienti affetti da patologia cronica. Solo partendo da una concreta integrazione delle risorse, umane e finanziarie, e delle linee strategiche sarà possibile affrontare quella che nei prossimi anni possiamo definire come una vera e propria "emergenza" sanitaria e sociale. Occorre pertanto che il processo di revisione del sistema sanitario e sociosanitario sia orientato complessivamente al prendersi cura di queste persone offrendo servizi adeguati ai bisogni espressi da loro e dalle loro famiglie.

Gli attori coinvolti a livello territoriale sono molteplici e diversificati: occorre pertanto una nuova e più incisiva azione di governo. L'aumento della fragilità e della cronicità, non accompagnato da una revisione del sistema di offerta, pone infatti problemi di sostenibilità

economica del sistema ospedale – territorio, derivante da una inappropriata nell'accesso ai servizi, evidenziata anche dalle sperimentazioni, tutt'ora in corso, di modelli di valutazione multidimensionale del bisogno.

L'evoluzione clinica delle patologie croniche può essere rappresentata graficamente dal poligono illustrato qui oltre, che rappresenta la classificazione delle malattie croniche secondo un modello evolutivo-gerarchico che tiene conto della progressione delle malattie in termini di severità clinica.

L'evoluzione clinica delle patologie croniche



Fonte: Regione Lombardia

Ogni lato del poligono identifica le condizioni morbose a carattere cronico più rilevanti in termini di impatto sul sistema sanitario (per frequenza e severità) suddivise per branche specialistiche (ad esempio branca cardiovascolare, malattie endocrine e del metabolismo, malattie respiratorie, tumori, ecc.).

Le tre aree colorate rappresentano una classificazione del bisogno su tre livelli crescenti di complessità assistenziale e di cura, e consentono una modalità di lettura unitaria dell'impegno organizzativo ed economico richiesto, indipendente quindi dalle specificità della malattia, e degli ambiti di cura che forniscono risposte adeguate in ambito prevalentemente territoriale, specialistico ospedaliero, e/o sociosanitario.

Confluiscono nell'**area verde** le malattie croniche in stadio iniziale, non complicate, che richiedono solo supporto all'auto-cura (*self-management*), monitoraggio frequente (es. fasi iniziale di un'ipertensione non complicata), o interventi di promozione della salute (es. educazione sanitaria a corrette abitudini di vita) o di prevenzione secondaria (es. screening). I bisogni dei pazienti classificati in area verde trovano naturale e prevalente risposta nell'ambito territoriale delle cure primarie, attraverso la presa in carico proattiva che consenta di rallentare l'evoluzione della malattia e prevenire l'insorgenza di complicanze.

L'**area arancione** riguarda malattie già complicate oppure casi con più condizioni morbose concomitanti, che richiedono l'intervento dello specialista, a volte anche in degenza ospedaliera per indagini diagnostiche o interventi terapeutici di maggiore complessità, indispensabili per stabilizzare la malattia ed evitare l'insorgenza di eventi acuti. Si tratta di pazienti con bisogno complesso che richiedono presa in carico e continuità delle cure, cioè una gestione sinergica e integrata della malattia attraverso il raccordo continuo di più professionisti del livello specialistico e delle cure primarie.

L'**area rossa** è caratterizzata invece, dalla necessità di forte integrazione tra l'area sanitaria e sociosanitaria. Confluiscono in tale ambito varie condizioni morbose che, pur provenendo da branche specialistiche diverse, sono assimilabili tra loro in termini di necessità assistenziali e di cura. Si tratta infatti di situazioni di complessità tale da richiedere spesso cure ospedaliere (in emergenza-urgenza o in reparti ad alta intensità di cura o di alta specializzazione) seguite da lunghe fasi riabilitativa e dal follow-up territoriale nei casi in cui la malattia superi la fase acuta, con la necessità di forte integrazione con l'ambito di interventi di pertinenza sociosanitaria (Assistenza Domiciliare Integrata, etc.), oppure cure palliative domiciliari e ricovero in hospice per i casi terminali. L'area rossa identifica spesso pazienti fragili, non autosufficienti, che richiedono una valutazione multidimensionale del bisogno e interventi da parte di più professionisti in diversi ambiti assistenziali e di cura.

La gestione della cronicità richiede cultura, strumenti, competenze e organizzazioni innovativi, e un'integrazione e "continuità di sistema" tra i soggetti di tutta la rete dei servizi, che garantisca la continuità individuale del processo di cura.

Pertanto l'obiettivo è garantire al malato cronico il miglior compenso clinico, ritardando il danno d'organo, le acuzie, le invalidità e/o disabilità, con conseguenti ricadute sulla riduzione dei consumi sanitari e il contenimento della spesa.

Sono da ricercare e identificare le opportunità di sviluppo (organizzative e istituzionali) per governare la cronicità secondo un modello "sistemico", che integri tra loro tutte le fasi del percorso della persona affetta da condizioni croniche (promozione della salute, prevenzione, cure ospedaliere, cure territoriali, ecc.) al fine di garantire continuità nell'accesso alla rete dei servizi, nonché integrazione e raccordo tra MMG, operatori territoriali, specialisti e mondo ospedaliero.

È necessario integrare gli interventi di sanità pubblica (promozione, prevenzione e attenzione ai determinanti di salute) con la presa in carico territoriale del sistema delle Cure Primarie delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e delle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) e con aspetti clinici del livello ospedaliero durante le fasi di riacutizzazione delle malattie croniche.

È posta particolare attenzione alla fase ospedaliera di riacutizzazione della malattia e alla gestione post-acuta dopo la dimissione dall'ospedale. È auspicabile, infatti, lo sviluppo di un'organizzazione ospedaliera capace di riconoscere all'accesso il malato cronico e di avviarlo verso percorsi strutturati diversamente in funzione dei diversi bisogni associati a di-

versi livelli di gravità.

Devono essere considerate modalità innovative di erogazione dell'assistenza sanitaria adatte al governo della cronicità, capitalizzando sulle esperienze già realizzate a livello locale e/o sperimentale. In questo ambito, particolare importanza è data all'utilizzo della Telemedicina, in quanto strumento che consente di fornire servizi sanitari a distanza, superando i vincoli della distribuzione territoriale, delle competenze e della frammentazione temporale dell'intervento sul singolo assistito, tipica nei malati cronici.

Fondamentale l'integrazione tra strutture sanitarie, assistenziali e sociosanitarie per garantire una risposta ottimale ai bisogni del paziente cronico anche durante la fase post-acuta.

3.3. La frammentazione dell'attuale offerta sociosanitaria e sociale sul territorio

L'offerta territoriale sanitaria e sociosanitaria, oggi costituita da un universo di produttori e di attori, presenta alcune criticità, in particolare:

- **non è sempre rintracciabile una chiara azione di regia complessiva**, i percorsi e le opzioni sono difficilmente riconoscibili da cittadini e operatori stessi e non sono omogenei sul territorio regionale;
- **non risponde in modo integrato ai bisogni complessivi dell'utenza** (sia di tipo sociale sia sanitario), oltre alla non ottimizzazione dell'assistenza, il rischio di sovrapposizioni e non chiarezza (ad esempio attività riabilitative, cure post-acute).

La discontinuità tra ospedale e territorio e tra diversi operatori del territorio stesso si origina anche da un rapporto e confronto tra professionisti non sempre ideale e collaborativo, ma più spesso inesistente/minimale e/o conflittuale.

Per garantire ai cittadini una presa in carico reale e continuativa, in tutte le fasi e momenti del proprio percorso diagnostico-assistenziale-terapeutico, in ambito sociosanitario-assistenziale è pertanto necessario superare la frammentazione e disomogeneità dell'attuale offerta sociale e sanitaria sul territorio.

In questo percorso è necessario focalizzare i bisogni di alcune particolari tipologie di utenza, quali ad esempio gli adolescenti o i minori con disabilità, che richiedono una progettazione complessa, capace di integrare interventi di attori diversi del sistema sanitario (es. NPJA), sociosanitario (es. consultori, SerT) e sociali (es. comuni, scuole) sia sotto l'aspetto della prevenzione sia sotto quello della presa in carico.

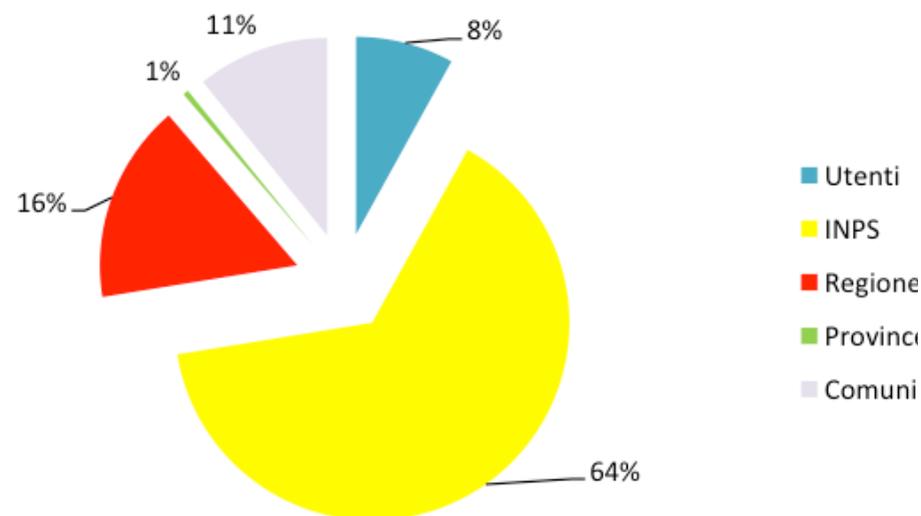
3.3.1. Il coinvolgimento dei Comuni: programmazione comune delle risorse in relazione a obiettivi condivisi e misurabili

La marginalizzazione del ruolo dei Comuni, pur coinvolti attraverso la Conferenza dei Sindaci nella programmazione sociosanitaria e sociale d'ambito, ha impedito negli anni una programmazione unitaria delle risorse contribuendo ad alimentare la frammentazione e la disomogeneità dell'attuale rete d'offerta. A ciò si aggiunga la sostanziale assenza di strumenti di misurazione e valutazione dell'efficacia terapeutico-assistenziale ed economica degli interventi.

La composizione della spesa complessiva per il welfare, allargando la vista a tutti gli attori in gioco (Regione, Comuni, Province, Famiglie, INPS), fa emergere ulteriori punti di attenzione da valutare nel percorso di riforma del sistema di welfare:

- in Regione Lombardia l'intervento dell'INPS sulla spesa complessiva sociale e sociosanitaria incide per il 64%, attraverso trasferimenti di risorse direttamente alle famiglie (indennità varie di accompagnamento per la non autosufficienza);
- analizzando la sola spesa sociale, l'80% di questa è trasferimento monetario dall'INPS alle famiglie;
- a livello sociosanitario, sul totale della spesa, l'INPS incide per il 58%, per un valore di oltre 3 miliardi
- emerge quindi che la Regione Lombardia ha un margine di manovra solo sul 20% di spesa in ambito sociale e sul 30% in ambito sociosanitario;
- la spesa centrale dell'INPS per servizi sociosanitari è, a livello europeo, uno schema di intervento molto eterodosso e pieno di contraddizioni: si tratta di denaro pubblico, che diventa privato e scompare in un mercato non governato e frammentato.

Attori che partecipano alla composizione della spesa complessiva per il welfare



Fonte: Cergas

Dal quadro sopra descritto emergono le seguenti aree di attenzione, che riguardano l'integrazione tra i diversi attori del sistema di welfare e, conseguentemente delle risorse, per garantire una reale ricomposizione della risposta ai bisogni della persona:

- **frammentazione delle risorse**, le misure esistenti sono estremamente frammentate secondo criteri di assegnazione storici, non vengono messe a sistema e tra loro hanno una incoerenza sui criteri di accesso;
- **disallineamento** tra i livelli decisionali (INPS nazionale, settore sociosanitario regionale e settore sociale comunale) degli attori che compongono la geografia istituzionale, che si ripercuote anche su una incoerenza dell'impianto normativo esistente, riferibile in particolare alle competenze degli stessi attori;
- **mancata integrazione**, non esiste un meccanismo di integrazione degli interventi per la

- famiglia (che si accolla l'onere di ricomporre l'offerta per la persona fragile);
- **controllo dell'utilizzo e degli esiti**, le modalità di utilizzo delle risorse trasferite alle famiglie non è monitorata, pertanto non se ne conoscono gli esiti. Come conseguenza, sono presenti diverse zone d'ombra (ad esempio il mercato dei care giver informali e delle badanti);
- **mancata progettazione**, manca un meccanismo che faccia integrazione di risorse e valutazione delle competenze e delle energie della persona fragile e della sua famiglia, per costruire un progetto individualizzato;
- **staticità**, le misure sono tendenzialmente statiche e incapaci di adattarsi alla mutevolezza della condizione della persona non autosufficiente;
- **parzialità della visione**, gli attori del sistema non hanno piena conoscenza reciproca delle azioni intraprese da ciascuno nel sistema complessivo.

È necessario in questo senso promuovere modalità per la programmazione integrata delle risorse, per dare maggiore efficacia nelle risposte ai bisogni delle persone e delle famiglie, mettendo in relazione tra loro:

- le istituzioni (i Comuni, tra di loro e con le ASL);
- i servizi (ad esempio ADI e SAD);
- le politiche intersettoriali (ad esempio dei settori sociale, educazione e casa).

3.4. Politiche per la promozione dell'appropriatezza, dell'efficienza e di potenziamento del sistema dei controlli

Il tema dell'inappropriatezza merita un particolare approfondimento. Come si è visto nei paragrafi precedenti l'azione di controllo, lo spostamento delle cure verso regimi meno intensivi, lo sviluppo di reti di patologia e le campagne di prevenzione e promozione della salute hanno permesso di ridurre in modo significativo il numero di ricoveri. Si è quindi operato per migliorare l'appropriatezza organizzativa, cercando di realizzare una marginalizzazione dell'inappropriatezza clinica sulle aree dei ricoveri, della specialistica ambulatoriale e della farmaceutica. Il contrasto all'inappropriatezza costituisce pertanto un elemento portante della riforma, tenuto conto che dall'applicazione dello stesso possono liberarsi ulteriori risorse da finalizzare allo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio per la cura di pazienti cronici e fragili. Vanno in questo senso promosse tempestivamente progettualità finalizzate alla presa in carico continuativa da parte di MMG e PLS in modo particolare e altre professioni sociosanitarie quali gli infermieri, della persona fragile e della sua famiglia, che vengono indirizzati e orientati correttamente nella rete dei servizi e permettano di definire correttamente il ruolo dei medici stessi nella funzioni di programmazione o di produzione.

L'aziendalizzazione ha prodotto quindi strumenti e comportamenti virtuosi all'interno della rete dei servizi, ma presenta ulteriori margini di miglioramento nell'efficiente uso delle risorse umane e strumentali.

Si vuole cioè promuovere una modalità organizzativa che consenta una piena implementazione delle funzioni dipartimentali, anche attraverso meccanismi e funzioni trasversali fondati sulla flessibilità nell'utilizzo di risorse, fortemente orientati verso risultati di salute.

Ciò sarà possibile solo perseguendo logiche di responsabilità complessiva sui risultati, oltre che sull'equilibrio del sistema. Per evolvere dalla mera attenzione al perseguimento di "obiettivi assegnati" ad un'autentica cultura del risultato, sarà indispensabile dar pieno corso

al processo di responsabilizzazione della dirigenza e promuovere la cultura dell'integrazione e delle reti tra professionisti e operatori sanitari.

Il miglioramento dell'efficienza e la lotta agli sprechi possono essere inoltre perseguite attraverso politiche di aggregazione di servizi sanitari, generali ed amministrativi

In ambito sanitario tale indirizzo può essere declinato attraverso il riordino delle reti di alta specialità, delle alte tecnologie (per es. radioterapie), dei laboratori e dei centri trasfusionali, già avviati attraverso le Regole di Sistema 2014.

In ambito amministrativo la centralizzazione degli acquisti, già avviata con l'istituzione di consorzi interaziendali e delle gare svolte dalla Centrale regionale permette:

- la riduzione dei costi di acquisto e dei costi dovuti alla procedura di gara. Sviluppo delle forme contrattuali/analisi dei modelli gestionali aggregati più efficienti;
- di garantire contemporaneamente la possibilità di maggior efficienza attraverso gare centralizzate e opportunità per le PMI attraverso procedure focalizzate sull'esigenza locale;
- di ridurre il numero risorse dedicate, standardizzando il processo d'acquisto;
- di razionalizzazione ed omogeneizzazione dei processi operativi;
- una trasparenza e concorrenza delle procedure di acquisto.

Anche altri servizi tecnici ed amministrativi potrebbero essere messi in comune fra più aziende per ottenere le economie di scala: la gestione dei concorsi, la gestione economica del personale, i sistemi informativi e i data center, anche per raccogliere un preciso indirizzo dell'Agenda Italia Digitale.

Come si è detto nei capitoli precedenti, la strutturazione di un sistema dei controlli analitico ed efficace legato all'appropriatezza erogativa delle prestazioni è stata alla base del mantenimento dell'equilibrio fra costi e qualità delle prestazioni erogate.

Un sistema dei controlli, per mantenere la sua efficacia deve essere costantemente aggiornato ed evolvere continuamente: un sistema cristallizzato può generare effetti opportunistici; occorre inoltre garantire rotazione e flessibilità nella gestione dei controlli per evitare il consolidarsi della relazione fra controllore e controllato.

Vi sono anche importanti margini di miglioramento nelle politiche di controllo dell'appropriatezza anche in ambito sociosanitario, in particolare nella rete delle cure intermedie e della cosiddetta riabilitazione extra – ospedaliera di cui all'articolo 26 delle legge 833/78, per la quale va prevista la generazione di flussi informativi analitici che permettano di disporre di elementi di governo analoghi a quelli esistenti per le strutture sanitarie.

Se sul fronte dei controlli di appropriatezza si possono prospettare azioni continue di fine tuning, un significativo miglioramento è possibile nell'attivazione di un sistema di controllo legato al corretto ed efficiente utilizzo delle risorse umane e strumentali da parte delle aziende sanitarie pubbliche.

Ciò si potrà rendere possibile attraverso la definizione di standard chiari (fabbisogni di personale, standard di costo di beni e servizi), sistemi di monitoraggio trasparenti e completi (osservatori) e attraverso il potenziamento dei Nuclei di Controllo Contabile e l'istituzione di funzioni di controllo specifiche di questi aspetti, fatte salve evidentemente le prerogative degli organi già esistenti all'interno delle aziende (Collegio dei Revisori, ecc.).

3.5. Revisione degli elementi di governo del sistema: programmazione territoriale, sistema di accreditamento e di finanziamento

3.5.1. La programmazione territoriale

Il driver principale per la definizione dei budget da assegnare alle aziende è sempre stato la spesa storica della struttura erogatrice. Questa modalità, se da una parte ha consentito di mettere in sicurezza il sistema, dall'altra ne ha limitato i possibili sviluppi. Il livello di negoziazione formale è quello ASL, ma negli ultimi anni l'esigenza di raggiungere l'equilibrio economico, ha imposto una forte regia del livello regionale.

Per raggiungere il difficile obiettivo di contemperare le esigenze di riduzione dell'offerta pur garantendo livelli di erogazione di prestazioni di elevata qualità in totale sicurezza, in futuro, sarà necessario restituire progressivamente un maggior ruolo alla programmazione territoriale, in capo alle ASL, anche per poter definire indici di fabbisogno in grado di rispondere alle nuove esigenze pur in un contesto di risorse definite.

Le Regole del 2014 peraltro contengono indirizzi che vanno già in questa direzione definendo una quota parte, di anno in anno progressivamente crescente, dei contratti da assegnare in funzione della propria attività programmatoria.

Un forte elemento di criticità è che attualmente la sola definizione dei volumi economici è sempre più insufficiente per esprimere la committenza pubblica. È indispensabile ricomprendere nei contratti anche il mix di servizi resi ed erogabili.

Il processo di revisione della rete d'offerta sanitaria e sociosanitaria, enunciato nel Programma Regionale di Sviluppo 2013-2018 e sommariamente descritto nei paragrafi precedenti, non può prescindere da una forte azione di governo sul sistema delle Unità d'Offerta, sulla scorta di metodologie e di indicatori efficaci di programmazione. Il tema di una sempre maggiore aderenza tra offerta di servizi e bisogni di assistenza è da tempo presente nei programmi regionali e dovrà essere ulteriormente sviluppato per prendere il sistema di offerta pienamente rispondente ai bisogni dei diversi territori.

3.5.2. Il sistema di accreditamento

L'accreditamento istituzionale è fondamentale, tuttavia non sufficiente in quanto fondato su un modello ospedaliero rigidamente strutturato in unità operative dedicate prevalentemente ad attività di degenza ordinaria. Negli ultimi 5 anni per molte attività è stata individuata la possibilità di erogazione in regimi alternativi alla degenza ordinaria (Day Hospital e ambito ambulatoriale complesso), la stessa cultura dei professionisti sta cambiando in quanto inizia a farsi strada la priorità del prendersi cura a prescindere da una modalità consueta e pre-costituita di erogazione delle attività. A ciò si aggiunga che con l'introduzione di sistemi di valutazione delle performance qualitative delle strutture e di classificazione/clustering delle stesse sulla base di variabili correlate alla casistica trattata si può prevedere il passaggio verso forme di accreditamento che, fatto fermo l'obbligo del rispetto delle norme in tema di sicurezza dei luoghi di lavoro e degli impianti tecnologici, descrivano e permettano di monitorare le competenze clinico organizzative e le performance delle strutture in una dinamica di verifiche annuali delle stesse. L'accreditamento deve diventare una sorta di carta d'identità delle strutture che permetta agli organi di programmazione e controllo e ai cittadini di avere accesso alle informazioni che più le qualificano e rendono trasparenti.

Il sistema di accreditamento deve favorire processi di politica industriale del settore, che aiuti

i produttori a connettersi, aumentando le loro dimensioni, i loro bacini di utenza, i portafogli di tipologie di utenti.

A tal fine, occorre sviluppare un sistema di indicatori (Key Performance Indicator) basato su un modello di accreditamento rimodulato sul concetto di appropriatezza (assistenza, servizi, costi) ed un sistema di vigilanza e controllo reso coerente con il nuovo modello di accreditamento. Per ottenere il passaggio al bisogno e far sì che sia la centralità della persona a guidare l'offerta di servizi, la Regione sta realizzando un modello di rating delle strutture sociosanitarie (tra cui le RSA) al fine di fornire concretamente alla persona gli strumenti con la possibile assistenza tecnica di presa in carico delle ASL per una scelta responsabile e consapevole del luogo e delle prestazioni assistenziali. Le informazioni raccolte attraverso il sistema di indicatori consentiranno di esprimere per ogni struttura il relativo grado di efficacia e di efficienza. Il sistema di rating guiderà la programmazione e l'assegnazione delle risorse.

3.5.3. Il sistema di finanziamento

L'organizzazione della presa in carico del paziente male si concilia con quella del finanziamento delle singole prestazioni che porta concorrenza più che integrazione. In questo caso il finanziamento può essere più opportunamente effettuato a tariffa omnicomprensiva. Tale tariffa è definita sulla base dei consumi storici afferenti a un determinato tipo di cronicità, con l'obiettivo di "spostare l'attenzione" dalle prestazioni ai bisogni reali di ogni singolo soggetto, definiti in un piano di assistenza individuale, che può essere verificato, in termini di congruità clinica, confrontandolo con le prestazioni attese, che contribuiscono a definire la stessa tariffa omnicomprensiva del paziente.

Il paziente cronico è interessato infatti a scegliere una prospettiva di presa in carico che possa integrare a suo favore una notevole e crescente molteplicità di servizi afferenti a più soggetti erogatori e a più discipline.

La definizione dei costi standard porta all'identificazione di livelli di costo identificati come "appropriati" rispetto alle prestazioni erogate.

3.6. Il miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali

La crescita dell'attività ambulatoriale è stata già documentata nel paragrafo 1.2.3.3. Questo regime ha costituito certamente l'ambito nel quale il sistema sanitario è più cresciuto nell'ultimo decennio come risposta alla riduzione dei ricoveri ospedalieri da un lato e alla disponibilità sempre più avanzate tecnologie diagnostiche e terapeutiche dall'altro.

A tale aumento di offerta, corrisponde d'altra parte un corrispondente aumento pari o superiore della domanda, in particolare nel settore della diagnostica per immagini e in alcune specialità mediche: questa dinamica ha prodotto una crescente tensione nei tempi di attesa, solo in parte mitigato dalle azioni messe in atto fino ad oggi (definizione di prestazioni urgenti differibili, definizione di livelli di priorità, aumento dell'offerta con finanziamenti mirati alle prestazioni con lunghe attese).

Le linee direttrici per affrontare questo tema complesso sono:

- fornire indicazioni per il miglioramento dell'appropriatezza di quelle attività diagnostiche caratterizzate da elevati volumi di erogazione di produzioni e difficoltà all'accesso, attraverso l'introduzione di condizioni di erogabilità, condivise con i professionisti interessati, sia erogatori che prescrittori, di alcune prestazioni (TC e RMN)

osteoarticolari, PET e endoscopie digestive). Tali condizioni di erogabilità rappresentano la direttrice fondamentale entro cui i prescrittori faranno riferimento per effettuare le richieste di prestazioni coerenti ai livelli assistenziali;

- attraverso un'attenta programmazione territoriale sviluppare le aree in cui si registra la maggiore carenza di offerta, indicando nei contratti degli erogatori anche le quantità di prestazioni attese e controllando che non vi siano significative differenze fra tempi di attesa per l'erogazione della prestazione fra regime libero professionale e SSR;
- attuare percorsi di presa in carico dei pazienti. Nelle esperienze in cui è il sistema ad accompagnare il paziente all'interno del proprio percorso diagnostico terapeutico è possibile programmare in anticipo bisogni delle prestazioni ambulatoriali, come già avviene all'interno del progetto CREG. Non è più il paziente che deve preoccuparsi di trovare un "posto libero" nei tempi che il prescrittore gli indica, ma è l'organizzazione che propone al paziente la prestazione nei tempi adeguati rispetto al suo bisogno.

Accanto ai tempi di attesa, l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali deve incontrare i tempi di vita dei pazienti, soprattutto per chi lavora. L'accessibilità alle prestazioni ambulatoriali deve quindi avvenire anche in orari e giorni compatibili con l'attività lavorativa: per questo si intende a consolidare e portare a regime, da parte di tutti gli erogatori, il progetto di apertura degli ambulatori in orari serali e nelle giornate prefestive e festive.

3.7. Riduzione della pressione sul pronto soccorso

La più importante modalità di accesso alle strutture ospedaliere è costituita dai Pronto Soccorso che, a seconda della disponibilità di risorse tecnologiche e professionali si suddividono in PS (53), DEA (43) e 14 (EAS). Il numero di accessi nel corso di più di 3 milioni (di cui il 64% in codice verde, 3,2% in codice giallo, 0,23% in codice rosso, il rimanente è rappresentato da codici bianchi) è significativo di quanto questi presidi costituiscano ormai un punto di accesso al sistema sanitario, che a volte sostituisce le cure primarie. Questi accessi hanno andamento giornaliero estremamente variabile e non prevedibile. In occasione di ondate di calore o epidemie influenzali e parainfluenzali gli accessi superano la capacità gestionali e strutturali creando situazioni di forte criticità, ad alto impatto mediatico, dovute all'aumento dei tempi di attesa e all'elevata permanenze in PS di pazienti da trasferire in degenza, molto spesso anziani e affetti da patologie croniche.

Già diverse iniziative sono state prese per "alleggerire" il pronto soccorso dalla pressione degli accessi inappropriati: attraverso la D.G.R. n. IX/3379 del 9 maggio 2012 sono stati istituiti gli ambulatori per i codici minori, allo scopo di migliorare la qualità della prestazione sui codici urgenti, ridurre l'inappropriatezza dell'accesso, razionalizzare le prestazioni sanitarie rivolte ai codici minori stessi.

Tenuto conto della estrema variabilità degli accessi da un lato, e della scarsa flessibilità delle strutture ospedaliere in termini strutturali ed organizzazioni dall'altro, è necessario ripensare a modelli previsionali che consentano di anticipare i picchi di criticità con la necessaria tempestività e sviluppare una organizzazione capace di avviare il paziente cronico, già noto al sistema verso ambiti di cura più appropriati (es. POT e sub-acuti). Gli ospedali dovranno inoltre individuare elementi di flessibilità nella dotazione dei posti letto e delle risorse professionali in grado di dare pronta risposta, anche per brevi periodi dell'anno all'aumentato carico assistenziale, ripristinando al termine dell'emergenza assistenziale la situazione di normalità.

3.8. Sviluppo di sinergie nella ricerca

Ricerca e innovazione applicate alla pratica assistenziale rappresentano uno dei pilastri del modello sanitario lombardo, che va preservato e potenziato.

Si intende agire per aumentare la quota di PIL che Regione Lombardia dedica alla ricerca, anche in ambito sanitario. Vanno d'altra parte migliorati il "rendimento" e la cinghia di trasmissione fra ricerca e politiche di sviluppo. Pur nel contesto citato si registrano oggi troppe dispersioni, autoreferenzialità e un utilizzo dei fondi che spesso produce più risultati in termini di *impact factor* che di ricadute cliniche e di sviluppo economico

Si intende pertanto promuovere la sinergia tra i diversi attori del sistema, attraverso l'attivazione di piattaforme condivise caratterizzate dalla collaborazione tra esperti del mondo accademico, Centri di ricerca, Università, Strutture sanitarie e Fondazioni e imprese collegate alla salute. Uno dei principali strumenti per la realizzazione di questa policy è rappresentato dalla Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica che costituisce la principale piattaforma per dare impulso alla ricerca e all'innovazione. Regione Lombardia agisce inoltre sviluppando la condivisione e disseminazione dei saperi attraverso un migliore e più efficace utilizzo del patrimonio di dati presenti nel sistema informativo sanitario.

3.9. Rotazione e ricambio della dirigenza

Regione Lombardia intende promuovere quale principio ispiratore della politica gestionale delle aziende sanitarie pubbliche la rotazione dei dirigenti, soprattutto in ambito amministrativo, assegnati alle strutture particolarmente esposte a rischio di corruzione già individuate dalle aziende nell'ambito dei piani di prevenzione della corruzione. Il principio di rotazione dovrà avvenire nel rispetto di criteri: di rotazione all'interno della stessa struttura sanitaria o tra gli enti del sistema sanitario pubblico regionale; di salvaguardia dei profili professionali e degli assetti organizzativi aziendali; di continuità e del buon andamento dell'azione amministrativa.

L'attivazione della rotazione potrà essere prevista alla scadenza degli incarichi e adottando specifiche attività formative.

Si intende inoltre operare per incentivare il ricambio generazionale, all'interno delle aziende sanitarie, pur con i limiti imposti dalle normative nazionali. Dovrà essere posta particolare attenzione alla motivazione in merito alla sussistenza dei presupposti organizzativi per il trattenimento in servizio.

4. LA PROPOSTA DI REVISIONE NORMATIVA

Nel capitolo precedente si è dato rilievo agli aspetti sui quali concentrare l'attenzione per "fare meglio" e far evolvere il sistema sanitario e sociosanitario lombardo per venire incontro ai bisogni epidemiologici, demografici ed economici emergenti, presentati nel Capitolo 2. Gli strumenti a disposizione del governo regionale sono diversi e non comprendono esclusivamente gli aspetti normativi: ogni anno, per esempio, attraverso strumenti quali le "regole di sistema" e i provvedimenti della giunta e del consiglio vengono dati indirizzi e operate trasformazioni lungo le linee prospettate dal Piano Regionale di Sviluppo.

Vi è oggi la consapevolezza che l'architettura portante sulla quale questi strumenti poggiano – le leggi regionali n. 33/2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e n. 3/2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario" – richieda un intervento "strutturale". Di qui la proposta che questo "libro bianco" intende formulare: sulla base della nuova architettura potranno infatti poggiare i contenuti che nel corso della Legislatura la Giunta intende sviluppare e possono trovare collocazione le proposte organizzative della "Commissione per lo sviluppo del sistema sanitario".

4.1. Gli indirizzi del programma di governo e del PRS

Un disegno maturato e condiviso

I cardini del disegno di riordino qui presentati sono il risultato di percorsi di riflessione e di dibattiti che hanno accompagnato la strategia di sviluppo della Lombardia fin dal termine della scorsa Legislatura e, più compiutamente, delineati nel corso della presente.

In parte, naturalmente, le direzioni di cambiamento sono obbligate e corrispondono a quanto gran parte dei sistemi sanitari e sociosanitari avanzati stanno intraprendendo. Lo sviluppo della cronicità costringe a rifondare un sistema culturale e organizzativo sanitario che negli ultimi 150 è stato fondato sul primato dell'acuzie.

Qualunque forma di tutela pubblica della salute si misura oggi con queste sfide orientandosi verso una maggiore attenzione alla sostenibilità intesa come ridisegno del rapporto tra prestazioni ospedaliere e territoriali.

Non solo sostenibilità

Nell'ottica di migliorare la risposta del SSR ai bisogni della popolazione residente occorre rivolgere una specifica attenzione ai percorsi relativi alla cronicità, finalizzati da una parte a garantire agli assistiti servizi più coerenti con le esigenze delle patologie non acute e dall'altra a sgravare il più possibile la rete ospedaliera dalle prestazioni gestibili sul territorio a costi più bassi e con servizi migliori. Se la domanda di assistenza territoriale è in crescita è quello il livello di assistenza nel quale deve essere sviluppata l'offerta. Tale spazio di crescita deve essere però orientato a garantire che a ogni euro investito nel potenziamento dei servizi territoriali corrisponda almeno un euro di risparmio nell'ospedalizzazione del paziente. Le corrette strategie di presa in carico, che devono includere anche il livello della prevenzione integrando tutti i LEA sul paziente, permettono di ridurre il ricorso dei pazienti cronici alle cure ospedaliere e rallentano l'evoluzione della patologia migliorando qualità della vita al paziente e riducendo i costi per il servizio sanitario.

Tuttavia occorre riflettere su cosa significhi realmente "sviluppare il territorio". Lo sviluppo dell'assistenza territoriale non può non avvenire in stretto collegamento con l'assistenza

ospedaliera. Il concetto di "continuità assistenziale" deve essere letto come capacità di seguire i pazienti nel loro cammino nel SSN dal territorio all'ospedale ed ancora al territorio. Nell'ambito del territorio deve essere ottimizzato l'uso dei singoli "silos" di erogazione. In effetti le analisi disponibili evidenziano in Regione Lombardia un livello di erogazione di RSA e riabilitazione decisamente superiore rispetto ad altre regioni con sistemi sanitari comunemente ritenuti di buon livello. Questo porta a considerare che l'effettiva necessità non sia tanto quella di ulteriormente incrementare la quantità dei singoli silos quanto quella di "organizzare" la presa in carico dei bisogni del paziente.

I documenti programmatici

Sono questi gli elementi che ricorrono nelle linee guida della riforma, ma che, prima ancora erano proposti nei documenti di programmazione della X Legislatura. Il Programma di governo presentato dal presidente Roberto Maroni il 4 aprile 2013 e il conseguente Programma regionale di sviluppo 2013/2018 (PRS) già proponevano un progetto di riordino del sistema sanitario e sociosanitario, in un'ottica di continuità con il modello lombardo.

Nel Programma di governo già si prevedevano azioni per porre le basi di un salto di qualità per permettere alla Lombardia di essere leader europeo nel settore sanitario, nonostante la prospettiva di riduzione dei finanziamenti governativi:

- potenziare i presidi territoriali per garantire la continuità e l'integrazione di tutti i servizi di assistenza;
- riorganizzare numero e funzioni di ASL e aziende ospedaliere;
- differenziare la rete di offerta sociosanitaria secondo il criterio dell'intensità di cura;
- sviluppare un modello di assistenza a rete delle strutture ospedaliere per la cura di patologie rilevanti;
- ridurre le liste di attesa attraverso la maggiore specializzazione degli ospedali;
- identificare i costi standard uniformi per l'acquisto e l'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari.

Il PRS elencava alcune necessità e obiettivi che oggi ritornano come linee guida:

- la presa in carico reale dei pazienti cronici, per il peso relativo che rappresentano nel sistema in termini di numero e carico;
- il superamento di vecchi stereotipi, che cristallizzano il sistema e contrappongono l'ospedale e il territorio, proponendo una medicina realizzata nei termini di tanti interventi perpendicolari al percorso di malattia e di vita dei pazienti;
- l'auspicio di accompagnare i pazienti secondo modelli di medicina di iniziativa, che mettano sullo stesso piano (ovvero a fianco dei pazienti) i medici ospedalieri e quelli che operano sul territorio nella logica del passaggio "dalla cura al prendersi cura";
- l'importanza di riorganizzare la rete degli ospedali e il sistema, che dovranno meglio portare a compimento la loro mission effettuando le prestazioni a maggiore complessità clinica, di ricerca e tecnologia, mentre alcune strutture potranno trasformarsi in ospedali territoriali, che rappresentino i poli della cura della cronicità, dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e delle attività sub acute in relazione con l'Assistenza Domiciliare Integrata i CREG in materia di potenziamento degli interventi domiciliari-territoriali.

4.2. Le linee guida della proposta di revisione

4.2.1. Obiettivi della proposta di revisione normativa

La proposta di revisione è orientata a conseguire, in sintesi, i seguenti obiettivi:

- presa in carico globale e integrata della persona, anche attraverso una valutazione multidimensionale del bisogno;
- sviluppo dell'assistenza sociosanitaria e sociale per l'accompagnamento delle persone nelle fasi di fragilità del ciclo di vita, con particolare riferimento all'invecchiamento;
- introduzione di un nuovo sistema di remunerazione per la cronicità, orientato alla presa in carico complessiva del paziente ("budget di cura", "tariffa di presa in carico", ecc.) e non alla sommatoria dei valori economici di singole prestazioni;
- piena attuazione alla separazione fra le funzioni di programmazione, acquisto e controllo e quelle di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- promozione di un'integrazione funzionale efficace degli interventi sanitari e sociosanitari attraverso il raccordo tra i soggetti che erogano cure territoriali, ospedaliere e di assistenza sociosanitaria (superando la contrapposizione tra ospedale e territorio);
- mantenere la sostenibilità del sistema sanitario e sociosanitario lombardo, garantendo al contempo gli adeguamenti tecnologici, il recepimento dell'innovazione e l'aggiornamento continuo degli operatori;
- rafforzare gli aspetti di valutazione, appropriatezza, trasparenza e qualità per la programmazione delle politiche e della corretta allocazione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale.

4.2.2. Gli ambiti prioritari di revisione normativa

Si prevede l'aggiornamento della l.r. n. 33/2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e della l.r. n. 3/2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario" in relazione ai seguenti ambiti:

- Principi del Sistema sanitario e sociosanitario.
- Articolazione del sistema sanitario e sociosanitario regionale.
- Sistema di finanziamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie.
- Partecipazione attiva dei cittadini, del terzo settore e degli enti locali nel sistema sanitario e sociosanitario regionale.
- Riordino degli Ambiti Territoriali Sociali (che riconduca ad ambiti territoriali omogenei la programmazione sociale e sociosanitaria in stretta sinergia e raccordo tra i diversi Enti, a garanzia di continuità dei percorsi assistenziali e di presa in carico tempestiva e globale della persona).

4.2.3. I principi del sistema sanitario e socio-sanitario regionale

I principi guida posti alla base della programmazione e della gestione del Sistema Sanitario e Sociosanitario lombardo si qualificano in sintesi come:

- rispetto della dignità della persona e dell'equità di accesso al sistema sanitario;
- orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso, nell'ambito di un sistema sanitario basato sull'integrazione della prevenzione, dei diversi livelli di assistenza sanitaria, degli interventi sociosanitari e sociali di competenza degli enti locali;

- promuovere la partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini e delle comunità nei percorsi di prevenzione, di cura e di assistenza.
- scelta libera e consapevole, da parte dei cittadini, delle strutture sanitarie e sociosanitarie alle quali affidarsi per la cura e la presa in carico delle proprie patologie. Il paziente cronico ha un percorso di malattia che coincide con quello della vita. La medicina cambia allora la prospettiva e non può più essere la sommatoria di tante prestazioni ma una sequenza di attività, di rapporti umani e di servizi che accompagnano per anni i soggetti malati. Il paziente cronico è interessato a scegliere una prospettiva di presa in carico che possa integrare a suo favore una notevole crescente molteplicità di servizi;
- la promozione attraverso la pubblicazione di indicatori di esito e di qualità (rating) elaborati da una agenzia regionale di promozione dell'appropriatezza, della qualità e dei controlli;
- sussidiarietà orizzontale che garantisca pari accessibilità dei cittadini ai soggetti accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, ed il concorso degli stessi soggetti alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria;
- partecipazione del volontariato, dei benefattori e del terzo settore al governo e alla gestione del sistema e all'attività di ricerca sanitaria.

4.2.4. L'articolazione del sistema socio-sanitario regionale

La nuova proposta di articolazione del sistema vede in gioco diversi soggetti, con identità e funzioni sinergiche e complementari.

4.2.4.1. Regione Lombardia

La Giunta Regionale, anche attraverso il supporto degli enti del sistema regionale (SI-REG), mantiene il ruolo di indirizzo generale e di governo del sistema sanitario e socio-sanitario (definite nelle "regole" annuali di sistema), assicurando un'adeguata architettura organizzativa alle diverse funzioni di programmazione e acquisto, produzione (governo ed erogazione dei LEA), oltre alla terzietà del controllo.

Persegue come obiettivo prioritario la promozione – e la conseguente diffusione tra i diversi attori del servizio sanitario e sociosanitario – di una cultura e di un clima operativo orientati all'appropriatezza clinica e organizzativa, all'utilizzo efficiente delle risorse, alla valutazione della qualità dei servizi, declinata in termini di accessibilità, efficacia e gradimento degli utenti, alla definizione di adeguate metodologie di monitoraggio e controllo dei servizi, e alla definizione di linee guida condivise quando è evidente un'elevata eterogeneità di approccio nella cura di determinate patologie e/o nell'utilizzo di tecnologie diagnostiche terapeutiche.

Per garantire il raggiungimento di questi obiettivi si avvale di una Struttura tecnica regionale di controllo e promozione dell'appropriatezza e qualità. Tale struttura, nel contesto di indirizzi definiti dalla giunta, promuove valutazioni di appropriatezza, qualità e di efficacia, oltre a raccogliere, integrare ed elaborare dati e calcolare indicatori sanitari, fondati ed attendibili, da fornire agli organi di governo – a supporto delle decisioni sul territorio – e al cittadino perché possa conoscere, valutare e scegliere in modo responsabile.

In particolare:

- elabora e rende pubblici e disponibili su internet, una serie di indicatori di qualità ed esito delle strutture di offerta pubbliche e private;
- indirizza le politiche di controllo di appropriatezza, di qualità, di verifica dei requisiti, della rete sanitaria e sociosanitaria, garantendone il coordinamento e l'applicazione da parte delle ASL in modo uniforme;
- produce e aggiorna il sistema di vendor rating (valutazione delle performance), sulla base del quale le ASL devono effettuare la programmazione territoriale e la successiva messa a contratto e budget degli erogatori sanitari e sociosanitari;
- sulla base dei dati del sistema informativo, effettua valutazioni sulle tecnologie e sull'efficacia dei farmaci (HTA), di programmi/offerte nel campo della promozione della salute e della prevenzione, e del monitoraggio dei percorsi assistenziali.
- istruisce l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni e delle tariffe di "presa in carico", oltre ai regimi di esenzione;
- coopera in modo sussidiario con i centri studi dedicati a temi di ricerca sanitaria e organizzativa;
- utilizza le informazioni statistiche disponibili, per simulare nuovi scenari di presa in carico dei pazienti. I modelli predittivi consentono una stima ottimale dei costi futuri e della allocazione delle risorse del sistema sanitario (sulla base dei costi previsti per le singole strutture, *risk adjustment*).

4.2.4.2. Agenzie Sanitarie Locali

Le nuove ASL (Agenzie Sanitarie Locali) garantiscono la corretta attuazione dei LEA per il proprio ambito territoriale di riferimento.

Hanno pertanto funzioni di programmazione territoriale sanitaria, sociosanitaria e sociale in collaborazione con i Comuni, di accreditamento dei soggetti erogatori, negoziazione e contrattualizzazione, di controllo dell'appropriatezza delle attività di ricovero, specialistica ambulatoriale e delle attività sociosanitarie, di vigilanza dell'assistenza e della tutela della salute umana e animale.

Lo sviluppo di un livello di programmazione sanitaria e sociosanitaria territoriale permette di definire un elemento di sintesi fra bisogni, rete di offerta e risorse disponibili, che possa tener conto di tutta la rete di erogatori disponibile sul proprio territorio, compresa quella solo accreditata non contrattualizzata.

Le nuove ASL aggregano inoltre a livello sovraziendale funzioni tecniche e amministrative oggi in capo alle Aziende Ospedaliere e alle attuali ASL, anche in qualità di articolazioni della centrale unica di committenza.

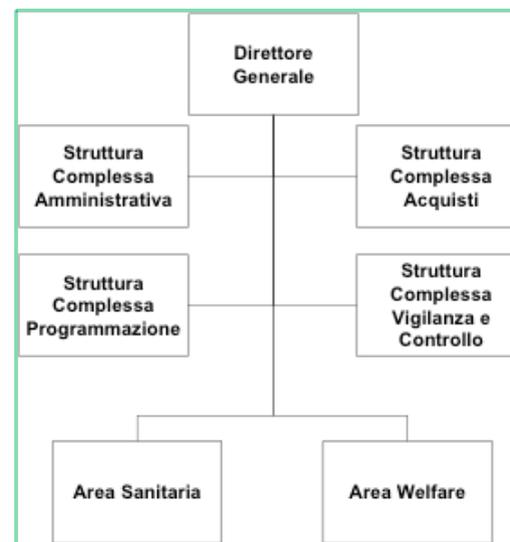
La dimensione territoriale delle nuove ASL deve basarsi su bacini territoriali e di popolazione più ampi rispetto a quelli attuali, al fine di sfruttare al meglio le sinergie della rete d'offerta.

Le ASL svolgono anche un ruolo di coordinamento del network di Comuni con funzioni associate a livello territoriale, svolgono funzioni relative alla progettazione della rete sociosanitaria, in collaborazione con i Comuni ed il Terzo Settore. In particolare:

- Svolgimento di attività propositiva e consultiva nei confronti della Regione in relazione alla programmazione locale della rete di unità di offerta sociosanitarie e sociali ed integrazione delle politiche di welfare;
- Coordinamento del network di Comuni associati a livello territoriale;

- Promozione di iniziative sociali e di progettualità specifiche (promozione della sperimentazione di unità d'offerta e di nuovi modelli gestionali nell'ambito della rete sociale, nel rispetto della programmazione regionale).
- Definizione dei requisiti di accreditamento delle unità di offerta sociali in base ai criteri stabiliti dalla Regione, accreditamento delle unità d'offerta e stipulazione dei relativi contratti;
- Gestione del sistema informativo della rete delle unità d'offerta sociali.
- Rilevazione ed analisi del fabbisogno formativo del personale che opera nelle unità d'offerta sociali e sociosanitarie.

Di seguito, a titolo puramente esemplificativo, un'ipotesi di assetto organizzativo sintetico.



In particolare, la scelta di attribuire alle ASL solo funzioni di programmazione e acquisto, trasferendo le funzioni di erogazione a livello di AIS, consente di semplificare la struttura organizzativa.

4.2.4.3. Ambiti territoriali (AT)

Le attività sociali e sociosanitarie di competenza dei Comuni e delle Agenzie sanitarie locali sono organizzate ed esercitate a livello territoriale attraverso gli Ambiti Territoriali, quali articolazioni organizzative, su base territoriale, finalizzate a promuovere forme gestionali ed associative, semplificare ed integrare il sistema di accesso e di risposta al bisogno della persona e della famiglia.

La riprogettazione degli Ambiti Territoriali è cruciale anche per assicurare efficace ed efficiente integrazione degli interventi sociali e sociosanitari (oltre che di altre politiche di

welfare). A riguardo, si propone un processo di riordino che superi l'attuale frammentazione e dicotomia tra ambito sociale e distretto sociosanitario rispetto alla programmazione sociale e sociosanitaria in stretta sinergia e raccordo ASL/EELL.

4.2.4.4. Aziende Integrate per la Salute (AIS)

Per assicurare una visione unitaria e integrata di tutti i livelli dell'intera filiera produttiva dei servizi sanitari e sociosanitari del sistema regionale – della prevenzione, dell'acuzie e della cronicità – è necessario aggregare in un unico soggetto, l'**Azienda Integrata per la Salute (AIS)**, le funzioni di erogazione di tutte le prestazioni nel territorio di riferimento, comprese le cure primarie (MMG-PLS) e la continuità assistenziale.

L'Azienda eroga i servizi del sistema sanitario e sociosanitario regionale, incluse le prestazioni ricomprese nei LEA, in concorrenza e/o in collaborazione (*coopetition*) con gli erogatori privati accreditati.

L'AIS garantisce tutti i servizi, dalla prevenzione individuale e di comunità, alle cure primarie, alla specialistica ambulatoriale, alle prestazioni di ricovero e di riabilitazione, le attività per la salute mentale e gli interventi sociosanitari (es. Assistenza Domiciliare Integrata, servizi per le dipendenze, medicina legale, consultori).

L'Azienda Integrata per la Salute è costituita da un polo territoriale e un polo ospedaliero.

Il polo territoriale

Il polo territoriale è orientato alla prevenzione sanitaria e sociosanitaria e all'erogazione di prestazioni di bassa complessità, secondo un modello organizzativo e un sistema di finanziamento legato alla presa in carico globale degli assistiti. In tale ambito vengono ricompresi i Centri Socio Sanitari Territoriali (CSST), i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e le Farmacie di servizio.

I Centri Socio Sanitari Territoriali (CSST): organizzazioni funzionali e/o strutturali di riferimento territoriale per cure primarie, ambulatoriali, sociosanitarie (es. ADI, consultori, etc) e sociali: possono essere collocati presso le sedi degli attuali distretti, poliambulatori, AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali di MMG) o UCCP.

I Presidi Ospedalieri Territoriali (POT): integrano le funzioni del CSST con ricoveri medici a bassa intensità, subacuti, hospice, cure intermedie, chirurgia ambulatoriale, MAC e Day Surgery. Possono derivare dalla trasformazione di piccoli ospedali, ma anche essere collocati all'interno di presidi ospedalieri di base o di riferimento.

Il polo ospedaliero

Il polo ospedaliero, articolato su più livelli, è prevalentemente orientato alle prestazioni in acuzie e in elezione, all'erogazione delle prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità, alle funzioni di emergenza-urgenza e alla riabilitazione post-acuta.

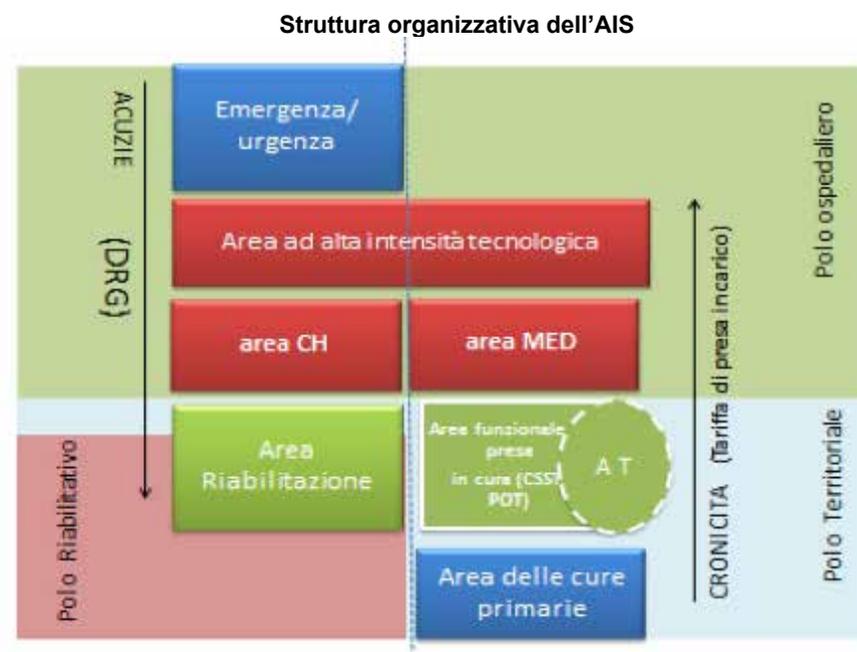
Dovrà essere prevista un'articolazione specifica per l'area metropolitana di Milano.

Questo disegno rappresenta un modello particolarmente adatto ad affrontare il tema attuale della cronicità e della fragilità, che richiede continuità di assistenza tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri, percorsi di cura o di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari. L'AIS realizza una concreta integrazione delle risorse, umane e finanziarie, ed è funzionale a gestire quella che nei prossimi anni costituirà una vera e propria "emergenza" sanitaria e sociale.

Vengono mantenuti all'interno del sistema di erogazione gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e i centri di riferimento delle reti di patologia. A tale proposito si intendono sviluppare progettualità, valutando anche la possibilità di forme di autonomia gestionale, volte a dare una regia unitaria ad ambiti di alta specialità (per es. cardiocirurgia, neurochirurgia); di alta tecnologia (per es. radioterapia) e di laboratorio e trasfusionali presenti oggi all'interno delle aziende ospedaliere.

4.2.4.5. Come cambia il processo assistenziale

La figura rappresenta in modo sintetico la struttura organizzativa delle AIS. Gli elementi principali rappresentati sono: il luogo di cura (polo ospedaliero e territoriale) e le aree cliniche ed assistenziali degli interventi.



Fonte: Regione Lombardia

Da una parte è rappresentato il classico percorso del paziente acuto, che si caratterizza prevalentemente dall'accesso in area di emergenza urgenza, da un eventuale intervento intensivo o di alta specializzazione dalla degenza in reparto per acuti (in prevalenza aree chirurgiche) e infine, da una fase riabilitativa o sub intensiva prima della dimissione. Tutte queste fasi, contenute in un periodo di tempo relativamente ridotto, sono classicamente sviluppate e gestite all'interno del polo ospedaliero. Obiettivo principale del percorso per acuti è quello di recuperare nel minor tempo possibili le pregresse condizioni di salute. Il sistema di finanziamento per questa tipologia di pazienti è il pagamento a prestazione. Nell'altro settore della figura è rappresentato il percorso di presa in carico e di cura del pa-

ziente affetto da patologia cronico-degenerativa. Le aree descritte si rifanno all'evoluzione delle principali malattie croniche in termini di severità clinica e complessità assistenziale, caratterizzando al contempo livelli crescenti di impegno organizzativo ed economico. L'area delle cure primarie assicura l'erogazione delle principali prestazioni territoriali. È costituita dalla "rete" dei medici di medicina generale e di continuità assistenziale costituiti oggi in forme associative e in futuro da Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Lo snodo centrale del nuovo impianto organizzativo è definito come area funzionale della presa in cura e dovrà essere in grado di consolidare il ruolo strategico nella costituzione delle reti assistenziali del polo territoriale.

Tale area non trova volutamente corrispondenza in un assetto organizzativo unico e predefinito, ma potrà svilupparsi con profili organizzativi diversi, accomunati dal principale obiettivo di prendersi cura in modo proattivo dei bisogni del paziente cronico, secondo modelli di medicina di iniziativa.

Ciò favorirà lo sviluppo di un contesto organizzativo dinamico e flessibile, funzionale alla eterogeneità della offerta, storicamente determinata, della disponibilità delle risorse e dei vincoli economici e normativi, e della disponibilità culturali dei professionisti coinvolti. Rappresenta l'ambito di connessione con tutti i servizi intraziendali e si integra con gli Ambiti Territoriali (AT) per le attività sociali.

Le strutture fondamentali della suddetta area sono i CSST ed i POT. I primi sono le strutture di riferimento territoriale per le cure primarie, ambulatoriali, sociosanitarie e sociali. Sono il luogo strategico e organizzativo della presa in carico dei pazienti cronici e della valutazione multidimensionale del bisogno. Nascono da trasformazioni di attuali distretti, poliambulatori, etc. Vi possono confluire le forme organizzate delle cure primarie UCCP. I presidi ospedalieri territoriali (POT) si integrano con le funzioni del CSST allargando l'offerta ai ricoveri medici di bassa intensità, subacuti, hospice, cure intermedie, chirurgia ambulatoriale e DS. Nascono dalla trasformazione di piccoli ospedali, ma possono essere istituiti anche all'interno di presidi ospedalieri di base o di riferimento.

Le attività di questa area saranno remunerate con tariffe forfettarie che meglio si adattano a remunerare i percorsi di presa in carico, giungendo ad avere un punto unico di accesso a tutta la rete di servizi sanitari e sociosanitari. I criteri per l'accesso ai servizi per la cronicità e la non autosufficienza potranno essere definiti nel modello regionale di valutazione del bisogno ed includeranno aspetti sanitari, sociali, assistenziali.

Continueranno ad essere retribuiti a prestazione i servizi erogati occasionalmente, al di fuori del piano di cura.

Inoltre, la freccia nello schema vuole sottolineare l'integrazione della presa in carico nel percorso di cura. Il polo ospedaliero interviene nei momenti di riaccutizzazione nell'ambito dei diversi setting assistenziali – dalla specialistica di base alle alte specialità – con l'obiettivo di stabilizzare il paziente o di ripristinare le condizioni antecedenti l'evento acuto.

La possibilità di operare l'integrazione in un'unica azienda dei servizi ospedalieri e territoriali si rende possibile in Lombardia, grazie alla presenza di un'infrastruttura informatica (CRS-SISS) che permette di seguire il paziente nel proprio percorso assistenziale, costituendo il fascicolo sanitario elettronico: verranno mantenuti gli investimenti per garantire l'evoluzione di tale sistema con particolare riferimento alla gestione della presa in carico della cronicità.

4.2.4.6. La Centrale unica di committenza

La revisione dell'organizzazione della funzione acquisti sarà indirizzata verso una maggiore trasparenza e concorrenza delle procedure di acquisto. Tale obiettivo sarà conseguito mediante una regia accentrata a livello regionale e un'articolazione che rispetti la complessità del sistema sanitario e sociosanitario regionale nelle linee di sviluppo della riforma. L'efficienza da conseguire attraverso un modello a rete, ma con un'unica centrale di coordinamento dovrà portare ad una riduzione dei costi di acquisto ed una maggiore razionalizzazione e specializzazione delle risorse dedicate alla funzione acquisti.

Nell'assetto che si prefigura in linea con il quadro della riforma sanitaria vi è un'unica Azienda Regionale di coordinamento degli acquisti e la possibilità di effettuare gli acquisti sia a livello centrale che nei livelli intermedi previsti dalla riforma: aree vaste/consorziali che potranno avere le dimensioni delle nuove Agenzie Sanitarie Locali, le quali dovrebbero aggregare a livello sovra-aziendale funzioni tecniche e amministrative.

La trasparenza nelle procedure sarà garantita sia attraverso specifiche forme di controllo sulle procedure di gara con soglie economiche più importanti che attraverso uno stretto coordinamento e responsabilizzazione dei diversi livelli di acquisto.

4.2.4.7. Fondazione per la Ricerca Biomedica

Una piattaforma di coordinamento e strumento di governo regionale nell'area della ricerca sanitaria è rappresentata dalla Fondazione Regionale per la Ricerca.

Attraverso la Fondazione, Regione Lombardia promuove, coordina e sostiene progetti di studio, ricerca, conoscenza e innovazione nel settore scientifico. In particolare la Fondazione ha fra i suoi fini istituzionali di:

- 1) promuovere lo studio, la ricerca, la conoscenza, l'innovazione nel settore scientifico con particolare riguardo alla farmacologia molecolare e diagnostica, nonché all'attività di ricerca preclinica, anche con riguardo alle patologie rare;
- 2) sostenere lo sviluppo tecnologico nei campi applicativi della produzione, distribuzione ed utilizzazione dei farmaci e di dispositivi medici;
- 3) sviluppare relazioni istituzionali, sinergie e collaborazioni con altri organismi, pubblici o privati, italiani o esteri, che operino nei settori d'interesse della Fondazione o che ne condividano lo spirito e le finalità.

Si prevede in futuro che la Fondazione mantenga e sviluppi ulteriormente le funzioni di coordinamento e governo della ricerca clinica e dell'innovazione. Un ambito prioritario di sviluppo è rappresentato dalla promozione e coordinamento di programmi di ricerca sulla medicina generale e sulle demenze.

4.2.5. Il sistema di finanziamento regionale

Nella distinzione fra patologia acuta e cronica, l' AIS si trova ad affrontare due tipologie ben distinte di situazioni di diagnosi e cura, che saranno remunerate con due diversi sistemi di finanziamento:

- quella delle prestazioni difficilmente correlabili ad uno specifico quadro clinico (interventi di protesizzazione all'anca, interventi di ernioplastica e ricoveri per polmonite, ad esempio), effettuabili con approcci diversi per il medesimo problema clinico

(angioplastica, by pass, etc.) o correlate a patologie, quale quella oncologica, caratterizzate da una gamma molto ampia di opzioni diagnostiche e terapeutiche (remunerazione a singola prestazione/accesso di ricovero);

- quella delle attività garantite per la presa in cura dei pazienti affetti da patologie croniche che sono caratterizzate da un elevato livello di prevedibilità e standardizzabilità (remunerazione a “tariffa di presa in carico”).

4.2.6. Impatti economici attesi: un’articolazione sostenibile

Il finanziamento complessivo del SSN è nel caso migliore stabile. Stante il complesso quadro di sostenibilità delineato in premessa, non sembrano esistere margini, se non residuali, di attuazione di nuovi servizi territoriali a costi incrementali. Ne consegue che la crescita delle prestazioni da erogare, dovuta principalmente alla crescita delle patologie croniche, deve essere conseguita applicando rigorosamente le metodologie di appropriatezza della domanda, di efficienza dell’offerta e di efficacia/outcome sui risultati conseguiti. Queste metodologie, se applicate, consentono di erogare prestazioni appropriate ad un numero crescente di assistiti (cronici) a parità di finanziamento.

Integrando in un unico soggetto (AIS) l’intera filiera dei servizi sanitari, il processo permette di attuare il necessario spostamento fra cure ospedaliere e territoriali potendo operare la graduale trasformazione del sistema, riqualificando le risorse umane, a garanzia anche dei livelli occupazionali.

4.2.7. Partecipazione e coinvolgimento di cittadini, Enti Locali e associazioni

4.2.7.1. Diffusione e trasparenza nella pubblicazione di indicatori

Il ripensamento dell’attuale ruolo delle ASL, utile ad assicurare lo svolgimento di un autorevole rapporto tra committente e fornitore, si qualifica in una logica di sistema di vendor rating dove il monitoraggio delle performance deve essere affidato ad una struttura tecnica regionale istituita ad hoc.

Per far sì che sia la centralità della persona a guidare l’offerta di servizi, la Regione potenzia e rende fruibile ai cittadini il modello di valutazione delle performance qualitative (efficacia, accessibilità, appropriatezza, efficienza, ecc.) delle strutture sanitarie e sociosanitarie, al fine di fornire concretamente strumenti per una scelta responsabile e consapevole del luogo e delle prestazioni assistenziali. Questo sistema di valutazione guiderà la programmazione e l’assegnazione delle risorse.

4.2.7.2. Terzo Settore

I soggetti del terzo settore, nell’ambito del rapporto con le istituzioni, svolgono attività di pubblica utilità, concorrono alla realizzazione della solidarietà sociale, individuano i bisogni emergenti e partecipano con gli altri soggetti alla programmazione, gestione e realizzazione del sistema di welfare.

La Regione favorisce, in ogni modo, la crescita e lo sviluppo dei soggetti del terzo settore, anche attraverso la definizione di nuove modalità di riconoscimento, rappresentanza, consultazione, collaborazione e controllo.

La Regione promuove altresì forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati

valorizzando le caratteristiche di ciascuno nel sistema delle relazioni che concorrono ai diversi ambiti di welfare: sanitario, sociosanitario, sociale, educativo, formativo e del mercato del lavoro.

4.2.8. Il ruolo della formazione

Tutto ciò, associato ai cambiamenti fin qui descritti, apre una prospettiva che non è solo di “aggiustamento”, ma di cambiamento culturale. La cronicità apre un nuovo modo di concepire le professioni e le funzioni.

Per questo le sfide esigono innanzitutto non solo nuovi modelli, ma un nuovo senso della professione sanitaria a tutti i livelli.

Questo si ottiene anche con una formazione rinnovata.

Ciò al fine di porre gli operatori del sistema nella condizione di poter assicurare appropriatezza di percorsi di cura e assistenza, secondo una logica di integrazione del sistema di offerta.

L’evoluzione del contesto epidemiologico, la centralità della medicina sul territorio impongono anche una riflessione su modelli formativi dedicati specificamente ai MMG e ai PLS, ma anche ai direttori apicali e ai quadri del sistema ospedaliero.

Le due comunità devono integrarsi fin dalle aule formative, devono passare tempo insieme, conoscersi e comprendere che la presa in cura territoriale è compito da svolgere insieme. In particolare i MMG si vedono chiamati ad evolvere nel loro ruolo.

4.2.8.1. I rapporti con il sistema universitario regionale

Non possono inoltre essere trascurati i rapporti col sistema universitario. La revisione normativa si propone infatti di:

- implementare la rete regionale integrata dell’assistenza, della formazione e della ricerca in relazione alle facoltà di medicina e chirurgia, rafforzando la programmazione congiunta fra università, regione e strutture convenzionate;
- ripensare la rete formativa rispetto all’area della medicina generale;
- rivedere la rete dei poli universitari ed il sistema di convenzionamento del personale universitario, considerando anche le aziende sanitarie non sede di polo, nell’ambito di un nuovo protocollo Regione-Università.

RISULTATI ATTESI

L'attuazione del percorso legislativo di revisione dell'articolazione complessiva del sistema prevede che possano essere svolte attività di simulazione degli impatti puntuali del modello atteso e definite delle norme transitorie, utili ad accompagnare l'attuazione del processo di riforma con gradualità ed efficacia.

Si possono fin d'ora delineare una serie di risultati attesi:

- 1) Significativa riduzione complessiva del numero di aziende sanitarie, alla luce in particolare dell'estensione degli ambiti territoriali di riferimento delle nuove Agenzie sanitarie locali (ASL), che comunque dovranno essere definiti tenendo conto delle caratteristiche del territorio (presenza di un'area metropolitana, ambiti territoriali con minori densità abitative ecc.).
- 2) Progressivo accentramento di funzioni amministrative che possono svolgere ruoli di servizio sovraziendali.
- 3) Ulteriore miglioramento dell'efficienza, della trasparenza nelle politiche di approvvigionamento di beni e servizi, derivante in parte dalla progressiva realizzazione di una centrale unica di acquisti, l'individuazione di prezzi di riferimento e standard, la concentrazione dell'offerta. Il contenimento della spesa di questi fattori produttivi consentirà di mantenere le politiche di investimento sulle risorse umane, che Regione Lombardia ha sempre eseguito nella convinzione che la qualità di un sistema sanitario dipende in larga misura dalla qualità e motivazione degli operatori che vi operano.
- 4) Riduzione ulteriore dell'inappropriatezza in ambito sanitario e sociosanitario e adeguatezza nella risposta al bisogno grazie al potenziamento delle attività di valutazione e di sviluppo del governo clinico.
- 5) Progressivo processo di accentramento e funzionamento con modelli a rete di unità operative diagnostiche o cliniche laddove tale processo permetta di coniugare aspetti di maggiore efficacia ed efficienza (alte specialità, laboratori di analisi e centri trasfusionali, rete materno infantile ecc). Questa linea di intervento, oltre a garantire un miglioramento di qualità e sicurezza per i pazienti, permette di dare una risposta alla significativa riduzione del numero di specialisti attesa nei prossimi anni.
- 6) Valorizzazione e ottimizzazione della rete territoriale. È prevista l'accelerazione del processo di spostamento dell'asse di cura verso la presa in carico della cronicità. Gli interventi di revisione della rete ospedaliera, che individuano livelli differenziati e lo sviluppo di reti di patologia e la scelta di integrare all'interno di un solo soggetto (AIS) i processi assistenziali territoriali e quelli ospedalieri permetterà una progressiva riqualificazione di personale oggi esistente da dedicare agli aspetti di presa in carico della cronicità. Si prospetta un percorso sostenibile di potenziamento dell'assistenza territoriale, in grado comunque di garantire il mantenimento dei livelli occupazionali.

Le risorse che potrebbero, a regime, rendersi disponibili grazie agli interventi previsti potranno quindi essere destinate:

- al mantenimento dell'equilibrio del sistema senza operare riduzioni di servizi ed eventualmente con l'obiettivo di poter migliorare l'equità di accesso al sistema attraverso la rimodulazione e riduzione della quota di compartecipazione a carico dei cittadini;
 - a poter garantire, sia pure con maggiore finalizzazione e programmazione, il mantenimento dell'attenzione del sistema lombardo ai temi dell'innovazione e della ricerca;
 - a poter governare il previsto aumento del numero dei pazienti cronici, riducendo i costi unitari di trattamento e ritardando quanto più possibile lo spostamento di questi pazienti nella fascia della non autosufficienza.
- 7) Trasparenza, imparzialità e legalità del sistema. L'architettura organizzativa delineata permette un progressivo miglioramento del modello di governance, fondato su un sistema di controllo interno inteso come insieme delle regole, delle procedure e delle strutture organizzative volte a consentire – attraverso un adeguato processo di identificazione, misurazione, gestione e monitoraggio dei principali rischi – una conduzione del sistema sanitario e sociosanitario “sano”, “corretto” e coerente con gli obiettivi prefissati. È altresì facile comprendere come un sistema sanitario e sociosanitario regionale possa in questo modo perseguire anche obiettivi di legittimazione che non possono essere trascurati. In particolare la generalizzata percezione o assunzione che le azioni di un'organizzazione sono desiderabili, corrette o appropriate nell'ambito di sistemi socialmente costruiti di norme, valori ed opinioni rappresenta un rilevante vantaggio anche in termini di immagine, reputazione e legittimazione presso tutti gli stakeholders di riferimento. Non un obiettivo a sé stante, dunque, ma l'effetto sistemico derivante innanzitutto da un ulteriore miglioramento della trasparenza e imparzialità nell'approvvigionamento di beni e servizi – derivante in parte anche dalla progressiva razionalizzazione degli acquisti attraverso la realizzazione di una centrale unica – unitamente all'individuazione di prezzi di riferimento e standard e dalla concentrazione e riqualificazione della rete d'offerta.
 - 8) Riqualificazione organizzativa e empowerment del management sociosanitario. La “bontà organizzativa” del modello apporta di per sé benefici in termini di trasparenza, efficacia ed appropriatezza delle prestazioni. Il processo di contenimento della spesa derivante dai processi di razionalizzazione delineati e la riqualificazione organizzativa della rete d'offerta e del personale consentirà di mantenere le politiche di investimento sulle risorse umane, con particolare riguardo ai professionisti sociosanitarie, che Regione Lombardia intende perseguire ed ampliare nella convinzione che la qualità dei sistemi sanitari e sociosanitari dipende in larga misura dalla qualità e motivazione degli operatori che vi operano.

La prospettiva di riforma delineata rappresenta una grande opportunità per la rete d'offerta sanitaria e sociosanitaria lombarda in una fase storica di profonda trasformazione del modello di welfare. Il superamento della frammentazione della rete d'offerta, l'accentuazione del paradigma territoriale, la continuità assistenziale, la revisione del sistema di finanziamento delle strutture, disegnano un modello incentrato sui bisogni della persona, che diventa indi-

pendente dal sistema di offerta esistente, in grado di muoversi nel sistema di servizi secondo le proprie esigenze e mettendo in competizione i *care and welfare giver* secondo criteri di trasparenza, efficacia ed efficienza delle prestazioni.

La Regione si concentra sul governo e l'innovazione, spostando l'attenzione "a monte e non a valle" del sistema, valorizzando i cittadini lombardi, che diventano i primi garanti dell'efficacia del sistema.



RegioneLombardia