



RegioneLombardia

Libro Bianco

**SULLO SVILUPPO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO
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 care" al "to cure", per dirlo 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 Assessoreato 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

PARTE PRIMA - L'ANALISI DEL SISTEMA ESISTENTE

1.	IL MODELLO SANITARIO E SOCIOSANITARIO 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 sociosanitaria 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

I. UN SISTEMA DI CIPERIA 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 cogliere 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 considerare: libertà di 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 tralasci 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 DOPPIANDA CHE CAMBIA: LA POPOLAZIONE, I SERVIZI, 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'aumentata 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 egualerà 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 dava 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'ASL, 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 minori 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 Scelta (AIS)

È il soggetto che eroga tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie ricompresa 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-acute.

3.3. La Centrale Unica di Compattezza

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 dei Contatti, Approvvigionamento 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.

3.5. Quelche "noia buona"

• 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 partecipazione 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 Baldazzi. Surtuticertamente emerge il quadro che si delineerà 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 limita 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 programmativa 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'ospitalizzazione 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 relevanti di seguito brevemente descritti.

4.1. Rationalizzazione 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 garantiscono 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. Riqualificazione dei professionisti

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 riqualificazione 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. Maggiore protezione della persona

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 give" 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 accordo con i Comuni in una logica di presa in carico, le persone trovano più continuità assistenziale e più unità di cura e assistenza.

PARTIE PRIMA - L'ANALISI DEL SISTEMA ESISTENTE

1. IL MODELLO SANITARIO E SOCIOSANITARIO 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 persegugendo 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 efficienza 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 preventendo 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.

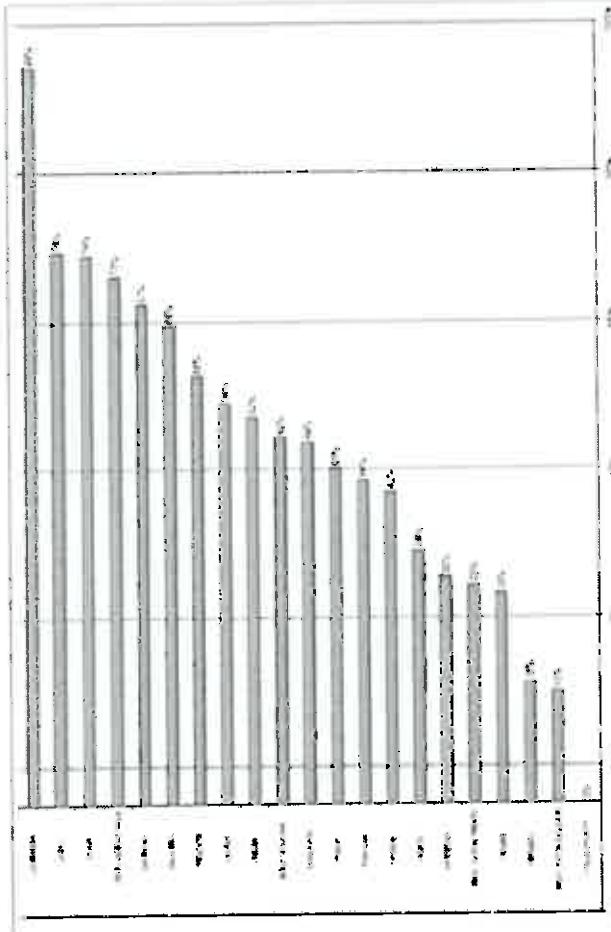
Sono rimasti in capo alle ASL il governo e la gestione della prevenzione umana e veterinaria, le cure primarie e l'erogazione diretta, pur solo in un ambito di competizione con i privati, di interventi e servizi sociosanitari. I Dipartimenti per le Attività Socio Sanitarie Integrate (ASSI) e i Dipartimenti 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

Investimento sui sistemi tariffari	Quasi mercato	
	Basso	Alto
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 sui sistemi 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 recupero 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 evolutivo 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

1.1.4 Accreditamento 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 determinare 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 si di uno strumento minima, 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 svoltta 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 sanitari regionali.

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 altri Regioni italiane

Fa parte del sistema dei controlli anche l'attività di valutazione delle performance qualitative delle strutture avviate 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 automatico miglioramento, 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	Incantivazione regimi alternativi all'IRG per DRG specifici	Altre strategie di controllo (ricoveri ripetuti, partecipazioni ecc.)	Controllo su dati ad elevato rischio di inappropriazione	Attivazione dei controlli di corruzione
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

Oltre che dai totti 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 questo media proprio mentre nello stesso periodo tutte le altre regioni aumentavano in genere la propria dotazione. Oggi in Lombardia è attiva un'apparec-

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.

chiatura 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'ammodernamento 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, Brioni-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 Contea 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 susseguire di future necessità.

Anche nell'ambito degli investimenti in tecnologie sanitarie, emerge la specificità e peculiarità della Lombardia rispetto alle altre regioni, la dove 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'ammontare della tecnologia delle Centrali operative (le quattro Sale Operative sono oggi totalmente in rete e in grado di vicinarsi 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, 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 approccio 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 ai cittadini un'assistenza di qualità egualmente 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 sfida 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 miresidenziali 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



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 costituiscano 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 politiche

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 perseguitamento 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 perseguitate 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 intersettorialità**, sostenendo un metodo di lavoro basato su obiettivi condivisi tra enti, istituzioni, associazioni differenti senza preclusioni preconcette; - **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 conseguono 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 consente 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 possono 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 appartenenza (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 media e grandi e pubblica, comprese aziende sanitarie,

ELL, 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)

Precostringendo 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 raccolgono su larga scala i referiti 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 (MMGPLS) 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 intermedii (sovrapeso/obesità, ipertensione, dislipidemie, iperglicemia, lesioni precancerose iniziali) può essere perseguita mediante la modifica 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'emantando 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, servizio 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 stà 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.

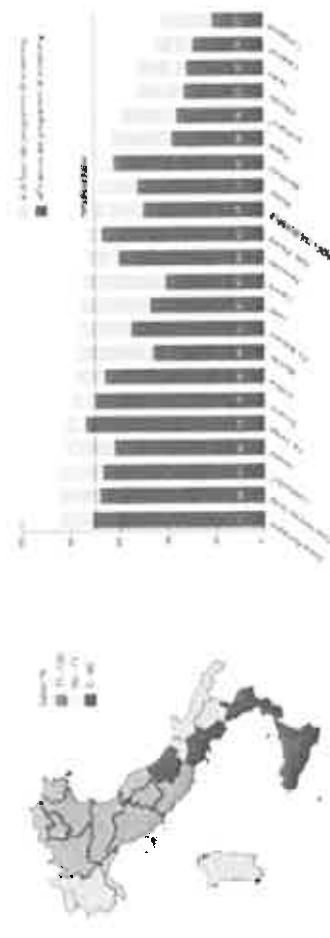
I livelli di offerta			
	Prevalenza targata per età e sesso	Prevalenza di accaduta	Copertura* di popolazione
Mammella	Donne 50-69 anni	Mammografia	81%
Colon retto	Donne e uomini 50-69 anni	Test del sangue occulto delle feci	57%
Cervice uterina	Donne 25-64 anni	Pap Test	79%

* 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**



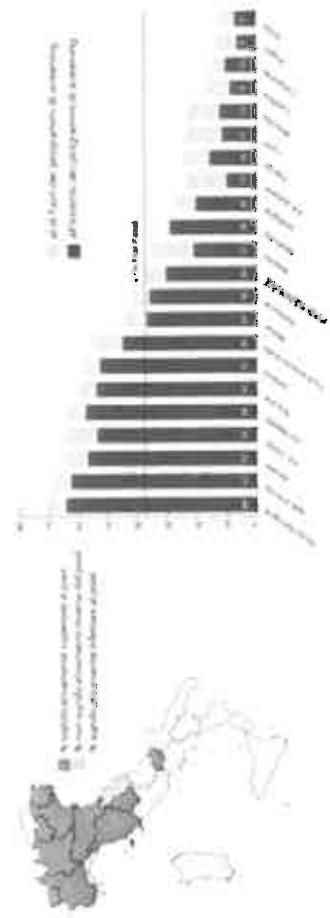
Fonter: I programmi di screening per l'anno 2012, Osservatorio Nazionale Screening (i dati per valutare le coperture sono tratti dalla survey nazionale Passi cui Regione Lombardia ha partecipato con un pool di ASL)

• 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

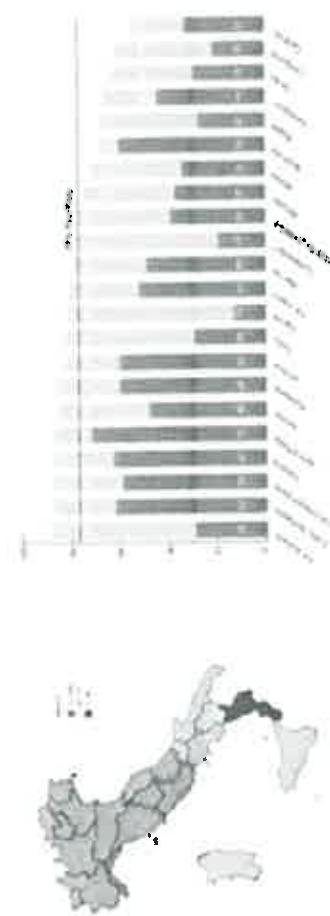
(fobt o colonscopia nei tempi raccomandati) persone 50-69 anni



Fonter: 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)

- Prevenzione del carcinoma della cervice uterina**
La prevenzione del carcinoma della cervice uterina in Regione Lombardia è organizzata attraverso programmi di screening realizzati in alcune ASL, mentre le altre ASL sviluppano azioni indirizzate verso gruppi di popolazione "fragili" anche alla luce dell'abitudine delle cittadine lombarde alla prevenzione spontanea. I dati mostrano che la copertura della prestazione di pap test è assicurata, nella fascia di età 25-64 anni, per circa 8 donne su 10: ciò grazie ad un forte livello di consapevolezza delle donne lombarde che accedono a tale prestazione sia nell'ambito delle campagne di screening, sia in maniera spontanea. L'alto livello di copertura ha contribuito a mantenere una bassa incidenza della patologia grazie all'azione sui precursori neoplastici, modificando il profilo epidemiologico della patologia.

**Copertura per la prevenzione dei tumori alla cervice uterina
(Pap test negli ultimi 3 anni) donne 25-64 anni**



Fonre: 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)

La protezione contro il carcinoma della cervice uterina è ulteriormente perseguita attraverso l'offerta attiva della vaccinazione anti-HPV alle ragazze dell'età di 11 anni. Sono state inoltre previste modalità di offerta vaccinale anche alle coorti di età diverse da quelle per cui è prevista la chiamata attiva. La vaccinazione è stata introdotta nell'offerta di prevenzione primaria alle dodicenni con tassi di adesione in crescita: la coorte del 1997 ha registrato un tasso di copertura vaccinale per la prima dose del 68% versus il 74% a livello nazionale, la coorte del 2000, prima dose, dei 79,2% versus 73,7% italiano.

Coorte Vaccinale per 3 dosi di vaccino HPV, coorti 2000 al 31.12.2013



Fonre: "Stato di avanzamento della campagna vaccinale per l'HPV: dati di copertura vaccinale al 31/12/2013" Rapporto Semestrale, ISS

Prevenzione delle malattie trasmissibili e malattie preventibili con vaccinazione

L'aumento demografico, l'urbanizzazione, la globalizzazione e i rapidi spostamenti aerei di persone e merci hanno aperto una nuova era per le malattie infettive. Gli ultimi decenni sono stati caratterizzati da un aumento dell'incidenza di malattie infettive già conosciute e dalla diffusione oltre-frontiera di malattie infettive emergenti. Per far fronte alle reali emergenze infettive e alla gestione degli eventi di grande portata come EXPO 2015, la strategia di Regione Lombardia è stata mirata a rafforzare la capacità di risposta, la cosiddetta preparedness, definendo un'organizzazione e una rete di laboratori di riferimento al fine di consentire di eseguire una diagnosi precoce e una rapida e precisa identificazione eziologica per orientare una risposta tempestiva ed efficace, atta a ridurre al minimo l'eventuale impatto sanitario

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 sancto 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 poggiino 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)".

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

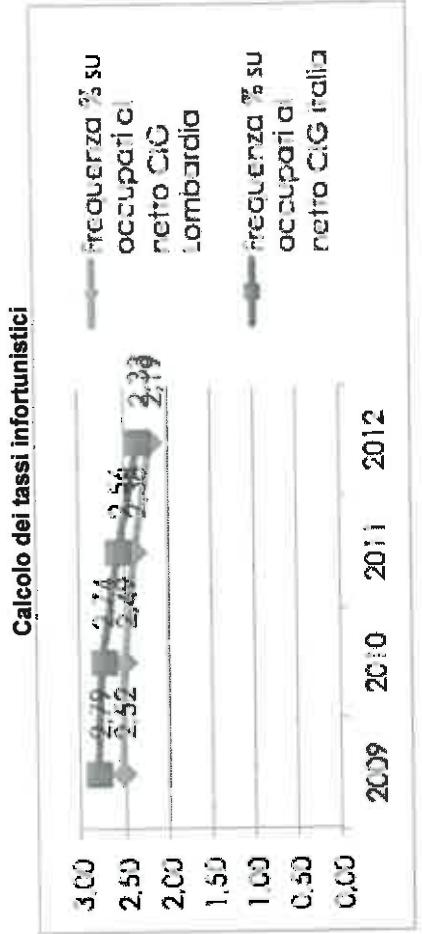
Regione Lombardia con il Piano 2014-2018 ha sviluppato strategie di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (SSL) a partire dai risultati conseguiti in attuazione degli interventi promossi dal precedente Piano e fa propria una cultura fondata sul confronto tra le Istituzioni con competenza 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.

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

Indicatori di risultato assunti da Regione Lombardia nel triennio 2011-2013, sono la riduzione del 15% dei 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



Fonni: 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 13/03/CR7c/C7).

Il 2012 ha visto un incremento delle denunce di sospetta malattia professionale ad INAIL dell' 6% sui 2009.

Kode	Nama	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Penghasilan	TOTAL	
							Pendapatan	Pendapatan
001	Andi Sigit	Laki-laki	37	Teknik	PNS	26.700	1.621.416	1.625.216
002	Budi	Laki-laki	37	SMA	PNS	26.322	44.301	49.011
003	Citra	Perempuan	30	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.727.716
004	Dwi	Laki-laki	30	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
005	Eka	Perempuan	29	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
006	Firdaus	Laki-laki	31	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
007	Gita	Perempuan	29	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
008	Hendra	Laki-laki	30	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
009	Ira	Perempuan	29	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
010	Joko	Laki-laki	30	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
011	Kurniati	Perempuan	29	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
012	Lia	Perempuan	29	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
013	Mulyana	Laki-laki	30	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
014	Nurul	Perempuan	29	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
015	Oktavia	Perempuan	29	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
016	Purnama	Laki-laki	30	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
017	Rahmat	Laki-laki	30	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
018	Rita	Perempuan	29	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
019	Rizki	Laki-laki	30	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
020	Rudiyati	Perempuan	29	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
021	Siti	Perempuan	29	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
022	Sugiharto	Laki-laki	30	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
023	Taufiq	Laki-laki	30	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
024	Ulfah	Perempuan	29	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
025	Wulan	Perempuan	29	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456
026	Zainal	Laki-laki	30	Teknik	PNS	27.000	1.546.716	1.625.456

Fonte: INPS Iuglio 2012

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

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

	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	2827	2864	3210	3124	18
Liguria	1034	937	918	971	848	-18
Prov. Bolzanico	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

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 di 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'urgenza 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 Baldazzi) 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 o 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 limatropi, 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 di loro integrate. Prima sperimentazione avviata già in Regione coerente con questo modello organizzativo di UCCP può essere rappresentata dai PdT, 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 disotto 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 copartecipazione 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 copartecipazione 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 copartecipazione 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, cassis/integrati, lavoratori in mobilità, ed i loro familiari, gli ultra sessantenni 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 copartecipazione 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.

Molti sono le azioni programmate 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?). Sui 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
Eseme 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
Eseme per età – reddito	21,48	25,13	20,41
Esente per categoria (gravidanza, donatori, ...)	9,91	4,85	3,42
Altro esente (screening, prevenzione, ...)	3,65	0,51	9,06
Non esente	37,96	33,45	28,13
Totali 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 degenzia 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 accordo, 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 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.

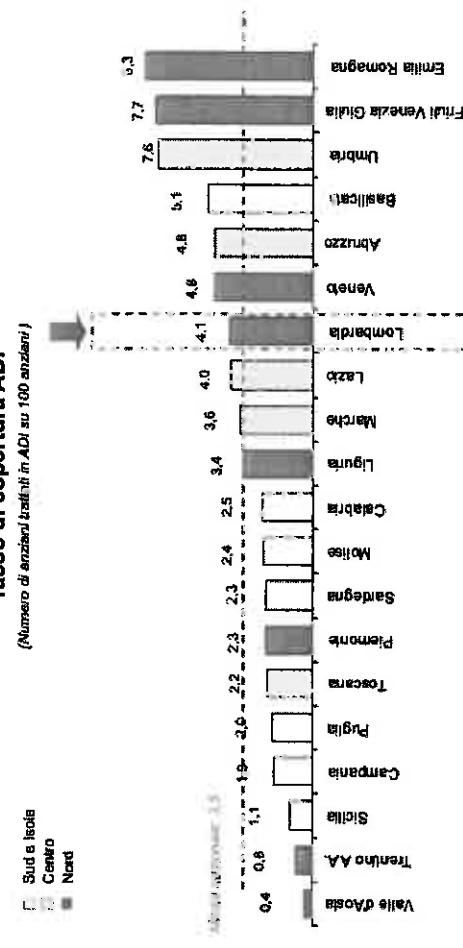
1.2.3.5. Assistenza territoriale sociosanitaria

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

L'Assistenza Domiciliare Integrata è rivolta trasversalmente a tutti i target della popolazione (anziani, disabili, mintri) 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.

Tasso di copertura ADI

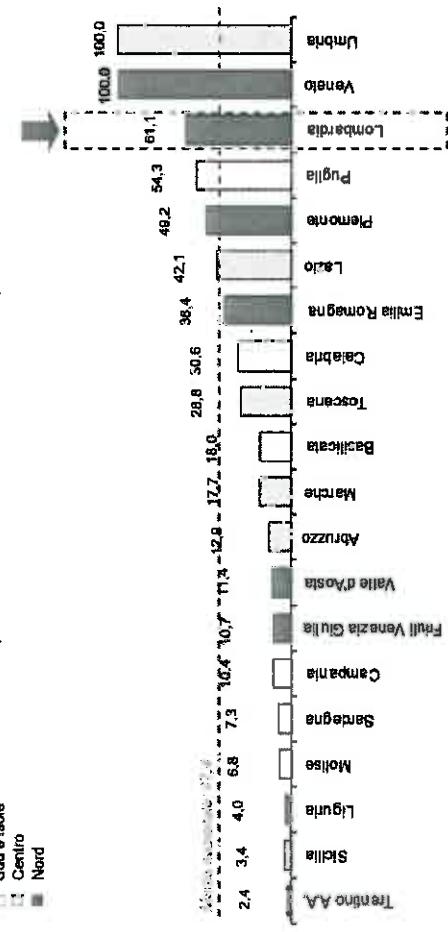


Fonte: Network non autosufficiente, ISTAT

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.

Grado di integrazione dei servizi ADI-SAD

(% casi coincidenti sul totale dei casi trattati in SAD)



Fonte: Network non autosufficiente, 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 miglioratorie 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 dei tariffi.

Ambito semiresidenziale

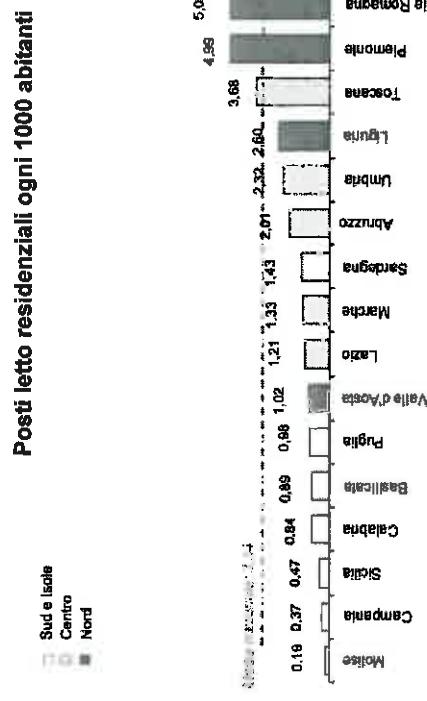
I servizi di assistenza territoriale semiresidenziale sono composti da 276 CDI (Centri Diurni Integrati) dedicati ad accogliere persone anziane durante la giornata, sviluppando interventi di tipo rieducativo/riabilitativo e/o di socializzazione, e da più di 400 tra Centri Diurni Disabili (CDD) e Centri socio educativi (CSE) 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

Al servizi di assistenza residenziale fanno capo 647 strutture di RSA (Residenze Sanitarie Anziani) 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 al 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 fondata 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 (30 mila 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

specifico della sua popolazione di circa 10 milioni di unità. In Regione Lombardia, quindi, la rete di cura rivolta ai malati terminali che necessitano interventi palliativi è articolata in una struttura multi-attore funzionale a una globale presa in carico delle necessità assistenziali dei pazienti.

Il sistema presenta forti elementi d'integrazione sociosanitaria e sanitaria. Ad oggi il sistema di offerta in Lombardia è costituito da 53 strutture residenziali accreditate (di cui 22 Hospice Sociosanitari e 31 UOCP) e da 37 Centri per l'Ospedalizzazione Domiziaria Cure Palliative autorizzati e 26 attivati. Complessivamente sono attivi 662 posti letto in regime ordinari e 57 posti letto in regime Day-Hospital.

Vista l'evoluzione del bisogno, la modalità di risposta si è via via organizzata come una rete che connette le diverse unità di offerta (sanitarie, sociosanitarie, domiciliari, residenziali) tanto sul versante delle cure palliative, delle cure palliative pediatriche e della terapia del dolore. Infine, tra delle strutture residenziali fanno parte anche le 136 Comunità Terapeutiche, che accolgono utenti per periodi più o meno lunghi, caratterizzati da una fase di dipendenza attiva da alcool/sostanze e che decidono di intraprendere un percorso di cura. L'intera rete di servizi di assistenza territoriale residenziale si compone di 900 strutture con 64.236 posti letto a contratto e una saturazione dell' 82%. I dati sulla mobilità mostrano un'elevata percentuale di utenti tossicodipendenti che se spostano dalla propria ASL di residenza per recarsi nella struttura di ricovero.

1.2.4. Assistenza ospedaliera

Seppure temperato dalle nuove esigenze della medicina territoriale, l'ospedale rappresenta anche negli anni prossimi il fulcro del nostro sistema di cura e per prefigurare i compiti futuri, sempre più rivolti alla cura delle patologie acute e ad alto contenuto clinico assistenziale, è bene innanzitutto prendere atto del suo attuale stato di forma.

La rete di offerta pubblica e privata accreditata è composta di circa 37.500 posti letto (63% nelle aziende pubbliche ed il rimanente 37% nelle strutture private accreditate), e si attesta oggi (se si tiene conto della attività svolta per le altre regioni) su valori compatibili con gli indici previsti dalle norme nazionali sia per quanto riguarda i posti letto per acuti ($3,0 \times 1.000$) che per quanto riguarda la riabilitazione ($0,7 \times 1.000$). Questa rete di offerta ha prodotto nel 2012 più di 1.520.000 ricoveri (di cui 1.416.000 per acuti) per un totale di quasi 11 milioni di giornate di degenza, di cui il 10% relativi a pazienti provenienti da altre Regioni, con picchi del 50% in aree complesse quali quella oncologica e cardiocerebrovascolare.

Tra gli oltre 200 presidi che costituiscono la rete ospedaliera lombarda sono presenti 25 istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), pubblici e privati, su un totale di 60 esistenti nel nostro paese (42%), il che fa della Lombardia la Regione dove è massima la concentrazione di questa tipologia di strutture. Per altro, la loro peculiarità si riscontra anche all'esame della complessità della casistica trattata, che presenta un peso medio DRG piuttosto elevato (fino ad 1,5 negli IRCCS privati).

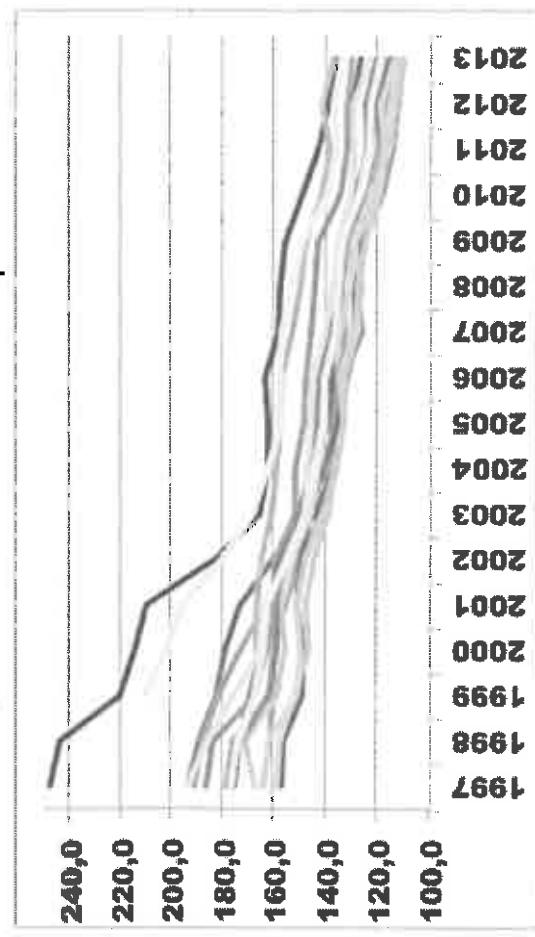
Tutte le discipline sono rappresentate nella rete di offerta lombarda, anche quelle a più alta specializzazione (neurochirurgia, cardiochirurgia, chirurgia toracica, vascolare, ecc.), con centri e reparti di eccellenza noti non solo in tutta Italia ma anche in campo internazionale. L'elevata qualità delle prestazioni di ricovero erogate è dimostrata dai valori degli indicatori di attrazione dei cittadini di altre Regioni (frequenze elevate: circa 160.000 ricoveri ogni anno; con un peso medio DRG molto superiore ad uno: 1,402; con concentrazione in alcuni settori a particolare complessità di cura: tumori, malattie cardiocirculatorie, ecc.) e dai cor-

rispondenti (e opposti) indicatori di fuga (circa 60.000 ricoveri fuori Regione; con un peso medio DRG piuttosto basso: 1,019; e particolarmente concentrati nei mesi e nei territori che caratterizzano i percorsi delle ferie e delle vacanze). Questa rete di offerta, sulla quale sono in corso da tempo azioni di riorganizzazione per garantirne una più efficiente (ed efficace) di-slocazione territoriale, è capace di affrontare anche tematiche particolarmente sfidanti come è, ad esempio, il contesto delle malattie rare (sono oltre 45.000 i cittadini che nella nostra Regione soffrono di patologie rare per le quali è riconosciuta qualche forma di esenzione e dal conteggio sono esclusi gli oltre 25.000 lombardi con sprue celiaca).

Seppure la localizzazione territoriale dell'offerta ospedaliera vede delle ovvie e naturali variazioni, con punte di posti letto attorno alle città di Milano e di Brescia, la distribuzione capillare dei presidi ospedalieri fa, in modo che, in particolare per le specialità di base (medicina generale, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, ecc.), la rete di offerta sia molto vicina ai cittadini che nel giro di pochi chilometri possono trovare adeguata risposta ai loro principali problemi di ricovero. Ma non sono solo le esigenze ospedaliere di base a trovare risposta nella rete di offerta lombarda: il consumo di farmaci ospedalieri, rilevato attraverso i flussi informativi disponibili (file F), testimonia come sia largamente presente nella nostra Regione il ricorso a cure ad elevato costo, come nel caso di molti farmaci dell'area oncologica.

La Lombardia presenta un tasso standardizzato di ospedalizzazione, da istituti pubblici e privati accreditati, nel 2012 pari a 147,7 per 1.000 (valore nazionale 163,5 per 1.000) rientrando, quindi, nel limite fissato dalla normativa vigente. Nell'arco temporale 2007-2012 si è registrata una riduzione complessiva pari a 18,3%. Considerando separatamente le tipologie di ricovero si osserva per il Regime Ordinario una riduzione del 7,3% e per il Day Hospital del 50,8%.

Tasso di ricovero ordinario x 1.000 abitanti per ASL



Organizzazioni: 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/Nazione	Numero unico	Compartecipazione alla spesa da parte del paziente	Presenza volontari	Budget dei Provider in Euro	Popolazione	Spesa pro-capita in E/U
Lombardia	Si	No	Si	181.000.000	8.742.676	18,58
Israele	Si	Si	No	121.000.000	7.380.000	16,58
Canton Ticino	No	Si	No	16.000.000	331.750	48,23
Rhône Alpes	Si	No	Si	-	6.073.500	-
Alberta	Si	Si	No	-	3.687.700	-
Baden-Württemberg	No	Si	No	-	10.750.000	-
Paesi Baschi	No	No	Si	19.000.000	2.172.175	8,75
Catalogna	No	No	Si	245.000.000	7.475.420	32,77
Andalusia	No	No	Si	100.000.000	8.302.823	12,04
Danimarca	Si	No	No	580.000.000	5.511.451	107,05

Fonre: ri elaborazione 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

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

Regione/Na-zione	Ematologia	Neurologia	Ginecologia	Neonatologia	Diabeto	Epilessia	Salute mentale	Cure palliative	Altri
Israele	X				X				
Canton Ticino		X			X	X	X		
Provincia di Buenos Aires		X			X	X	X		
Alberta		X							
Danimarca	X						X		
Rhône Alpes	X	X			X	X	X		
Baden-Württemberg									
Paesi Baschi							X	X	
Catalogna	X					X			
Andalusia	X					X	X	X	
Danimarca									

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 poggia 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

	2009	2010	2011 ¹ disavanzo/avanzo - costo prop. capitale, fin. 2012-2011*
Piemonte	9	0	-1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	56	35	-8
Bolzano-Brezen	152	-15	-9
Trento	-2	24	-5
Veneto	45	-3	-2
Friuli Venezia Giulia	-28	-11	-6
Liguria	28	56	89
Emilia-Romagna	12	-6	-8
Toscana	12	5	-3
Umbria	12	-9	-12
Marche	68	2	-1
Lazio	110	180	152
Abruzzo	106	4	-19
Molise	57	180	123
Campania	111	82	44
Puglia	1	79	29
Basilicata	1	49	62
Calabria	73	34	65
Sicilia	68	6	20
Sardegna	106	92	131
Italia	50	36	29

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

Nazione/Regione	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	5,88	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

Fonte: Elaborazione c/o 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 spese 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.

¹L'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 corrispetti così 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

Fonte: Rapporto Osservasalute, Anno 2012

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

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-