



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015)

Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio

a cura di (in ordine alfabetico): Lorenza Bardin (AGENAS), Alice Borghini (Scuola Superiore Sant'Anna), Paola Cantarelli (Scuola Superiore Sant'Anna), Giuseppe D'Orio (Scuola Superiore Sant'Anna), Francesca Ferré (Scuola Superiore Sant'Anna), Domenico Mantoan (Direttore Generale AGENAS), Sabina Nuti (Rettrice Scuola Superiore Sant'Anna), Filippo Quattrone (Scuola Superiore Sant'Anna), Chiara Seghieri (Scuola Superiore Sant'Anna), Giulio Siccardi (AGENAS), Giulia Stola (AGENAS), Federico Vola (Scuola Superiore Sant'Anna)

Dicembre 2020



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Sommario

Introduzione	4
Analisi del sistema esistente prima della riforma	4
Evoluzione dei bisogni e delle criticità.....	5
Intervento legislativo: la legge regionale n. 23 del 2015.....	6
Oggetto della sperimentazione	7
Risultati attesi dalla riforma sanitaria e sociosanitaria lombarda	8
Metodologia: approccio multi-metodo.....	9
La Riforma di Regione Lombardia: attori, funzioni e relazioni	11
L'Agenzia per la Tutela della salute (ATS).....	11
Le Aziende Sociosanitarie territoriali (ASST)	11
I Distretti	13
Il Dipartimento di Prevenzione	14
Agenzia regionale di controllo del servizio sociosanitario lombardo (ACCS).....	15
Università e IRCSS	16
Analisi comparativa della disciplina regionale e delle disposizioni di principio contenute nel d.lgs 502/1992	17
L'assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali e la verifica del livello di raggiungimento	23
L'organizzazione e i meccanismi operativi delle Aziende	24
Sintesi delle Relazioni di monitoraggio sull'attuazione delle L.R. n. 23/2015	28
L'analisi dei dati	32
Fonte dati.....	32
Metodologia di analisi	33
Risultati	34
Commenti preliminari	36
Approfondimento sulla variabilità.....	43
Riferimenti	47
Un nuovo modello assistenziale per i pazienti cronici	48
Valutazione degli effetti della presa in carico dei pazienti cronici	51
Obiettivo e metodologia dell'analisi	51
Analisi delle coorti in studio.....	51
Statistiche descrittive relative all'età tra le due popolazioni in analisi	51
Statistiche descrittive relative a patologie e livello di gravità tra le due popolazioni in analisi	53
Statistiche descrittive - ATS di Assistenza	55
Analisi del numero di ricoveri totali - tutte le patologie.....	56
Valutazione del numero di ricoveri totale tramite modello di regressione di Poisson.....	56
Analisi del numero di ricoveri evitabili - tutte le patologie	57
Valutazione del numero di ricoveri evitabili tramite modello di regressione di Poisson	57
Analisi del numero di accessi totali in Pronto Soccorso - tutte le patologie.....	58
Valutazione dell'outcome tramite modello di regressione di Poisson	58
Analisi del numero di accessi evitabili in PS.....	58
Conclusioni.....	59
Il Fascicolo Sanitario Elettronico	60
La Riforma e il Sistema durante l'emergenza Covid-19	61
Prospettive future	62
Le principali criticità del Sistema Sociosanitario Lombardo.....	62
Proposta di armonizzazione: le principali funzioni del Sistema Sociosanitario Lombardo da concertare alla normativa statale (d.lgs. 502/1992)	64
Conclusioni.....	71



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Bibliografia..... 73



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Introduzione

La Regione Lombardia ha introdotto nel 2015 una riforma dell'organizzazione sanitaria e sociosanitaria al fine di creare un sistema in grado di *“leggere i bisogni, coglierne l'evoluzione e le priorità e utilizzare le risorse esistenti, sempre limitate, per dare le risposte assistenziali più adeguate nella misura in cui servono ed erogandole nel modo più efficiente”*.

Analisi del sistema esistente prima della riforma

La proposta di riforma si inserisce in un sistema sanitario già orientato verso principi che erano stati introdotti dalla legge regionale n. 31 del 1997 e i cui tratti peculiari sono: la libertà di scelta del cittadino del luogo di cura, uguali diritti e doveri degli erogatori pubblici e privati accreditati secondo il principio della sussidiarietà orizzontale e competitività tra strutture pubbliche e private determinata dal sistema degli accreditamenti, separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione dei servizi (da Relazione illustrativa al PDL 228 del 2015 *“Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo”* e DGR 5113 del 2016 *“Linee guida regionali per l'adozione dei piani di riorganizzazione aziendali strategici delle Agenzie di tutela della salute e delle Aziende socio sanitarie territoriali”*).

Il modello sanitario e sociosanitario lombardo rappresenta un modello sanitario e di welfare pluralistico e trasversale, in cui anche il terzo settore ha un ruolo rilevante non solo in termini istituzionali e formali, ma anche funzionali e sostanziali.

Si tratta di un modello in cui il sistema pubblico finanzia, ma non necessariamente eroga direttamente i servizi.

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 Regione stessa (attraverso procedure di accreditamento, monitoraggio, controllo e tariffazione).

Asse portante dell'assetto istituzionale ante riforma 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. In particolare le ASL svolgono le funzioni di governo e di gestione della prevenzione, delle cure primarie, e l'erogazione diretta, in concorrenza con i privati, di interventi e servizi sociosanitari.

Dopo un iniziale periodo di programmazione regionale, connotato dalla libera espansione dell'offerta, il sistema è transitato in un contesto in cui la contrattazione tra ASL ed erogatori pubblici e privati accreditati e la definizione di tetti di spesa hanno rappresentato uno strumento fondamentale di governo.

Inoltre lo sviluppo del processo di aziendalizzazione della ASL, disegnato dal d.lgs. 502/1992, è stato accelerato dal sistema fortemente concorrenziale tra soggetti erogatori pubblici e privati.

Tale concorrenza ha determinato la necessità di introdurre un complesso di regole che ha come principali strumenti di tutela: l'accreditamento delle strutture, la verifica dell'appropriatezza di erogazione e di congruità di prescrizione e di rendicontazione, a valutazione delle performance qualitative degli erogatori e i controlli fatti sul campo dai nuclei operativi di controllo delle ASL regionali. In ambito sociosanitario, l'attività di vigilanza e controllo sulle strutture autorizzate e accreditate svolta dalle ASL è stata rafforzata e resa più omogenea attraverso il monitoraggio di indicatori di appropriatezza delle prestazioni nella rete di unità di offerta sociosanitaria.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Infine, il sistema di finanziamento adottato dalla Regione Lombardia attua quello previsto, “a prestazione”, dal d.lgs. 502/1992 per i produttori di prestazioni ospedaliere, introducendo un sistema di “quasi mercato”.

Evoluzione dei bisogni e delle criticità

Dalla lettura del Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia¹ emergono le criticità che hanno dato impulso alla riforma organizzativa sociosanitaria lombarda, dovute anche dall'ambito di evoluzione della domanda.

In tale documento viene analizzato il contesto economico ed epidemiologico italiano, caratterizzato dalla scarsità delle risorse destinate al settore sanitario e dall'aumento della popolazione affetta da una o più condizioni croniche e conseguente fragilità, cui si accompagna, in parallelo, la crescita esponenziale della popolazione anziana.

Da tale contesto deriva la necessità di un cambio radicale di prospettiva.

Viene avvertita una vera e propria emergenza sanitaria e sociale, per la quale si ritiene necessario ricercare sviluppi organizzativi ed istituzionali per governare la cronicità secondo un modello di sistema. Infatti, il trattamento delle persone con cronicità richiede un ripensamento delle modalità di offerta, attraverso l'attuazione di un maggior coordinamento e rafforzamento della presa in carico del paziente, al fine di superare la necessità di ricorso al ricovero ospedaliero in regime per acuti, per quei pazienti affetti da patologie croniche.

È sentito come urgente lo sviluppo di un sistema sanitario che tenga in considerazione un modello di assistenza dei malati cronici, in cui assumano maggior rilievo i servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali di natura sociosanitaria.

Si determina quindi la necessità di un cambio di paradigma: il tema della cronicità viene affrontato attraverso l'elaborazione di modelli centrati sulla presa in carico integrata della persona, capace di garantire la continuità di assistenza tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri e percorsi di cura e di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari.

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

- l'orientamento e l'accesso delle persone ai servizi territoriali;
- il coordinamento dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari;
- la presenza di servizi (presidi territoriali, poliambulatori, cure intermedie, riabilitazione, consultori) di riferimento per l'assistenza dei pazienti con patologie croniche;
- il raccordo e la sistematizzazione della rete degli operatori accreditati in ambito sanitario (ospedali, ambulatori) e sociosanitario (RSA, RSD, ADI).

¹ Libro Bianco sullo sviluppo del Sistema Sociosanitario in Lombardia. Un impegno comune per la Salute. Milano, 30 giugno 2014. <http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2014/07/Libro-Bianco.pdf> [Ultimo accesso 12 ottobre 2020]



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Dall'analisi della strutturazione dei servizi esistente, sintetizzata nel Libro Bianco della Regione Lombardia, emerge inoltre, quale ulteriore punto critico del sistema, la frammentazione dell'offerta sanitaria e sociosanitaria su tutto il territorio.

In particolare, viene rilevata una non sempre chiara azione di regia complessiva, la difficoltà nel riconoscere i percorsi e le opzioni da parte dei cittadini e degli operatori stessi e la non omogeneità dell'offerta sul territorio regionale, che non sempre risponde in modo integrato ai bisogni complessivi dell'utenza, oltre alla non ottimizzazione dell'assistenza e al rischio di sovrapposizioni.

Dai documenti analizzati sono pertanto emersi i seguenti temi fondamentali, che costituiscono le criticità cui i successivi interventi legislativi intendono porre rimedio:

- allungamento dell'aspettativa di vita a cui consegue un incremento della prevalenza dei pazienti con patologie croniche e quindi la correlata necessità di tutela della fragilità e di presa in carico;
- elevata frammentazione delle unità di offerta;
- centralità dell'ospedale a cui consegue un'erogazione dei servizi secondo la logica della prestazione;
- carenza nella presa in carico da parte del territorio successiva al ricovero;
- distinzione netta tra ospedale e territorio;
- scarsa integrazione del sistema sanitario con quello sociosanitario.

In definitiva, l'avvio di un percorso di potenziamento dei servizi con forte attenzione alla revisione della rete di offerta e alla ricerca di soluzioni innovative è da imputare al rilevato cambiamento dei bisogni sanitari e sociosanitari che non trovano più una risposta adeguata nel sistema di offerta.

Intervento legislativo: la legge regionale n. 23 del 2015

La legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 *“Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”* rappresenta la risposta di tipo regolativo alle criticità emerse.

Non si tratta di una semplice revisione legislativa ma dell'evoluzione del sistema sanitario e sociosanitario, in ragione della necessità di porre le basi per l'adeguamento alle evidenziate nuove complessità, date dall'allungamento dell'aspettativa di vita e dall'aumento conseguente delle cronicità, superando in primo luogo la netta divisione tra politiche sanitarie e politiche sociosanitarie per far confluire risorse, energie e competenze professionali in un unico servizio, coordinato da un'unica regia e deputato alla presa in carico dei bisogni complessivi delle persone, delle famiglie e dei soggetti più fragili.

I principi posti dalla legislazione previgente di libertà di scelta del cittadino del luogo di cura, di uguali diritti e doveri degli erogatori pubblici e privati accreditati, secondo il principio della sussidiarietà orizzontale e di competitività tra strutture pubbliche e private - determinata dal sistema degli accreditamenti, di separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo, da quelle di erogazione dei servizi - vengono attualizzati sulla base delle nuove necessità correlate al sensibile incremento della prevalenza dei pazienti



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

affetti da patologie croniche e dalla volontà di approfondire ulteriormente la separazione delle attività di programmazione da quelle di erogazione, estendendo questo principio anche ai servizi di tipo sociosanitario.

Il principio di libera scelta del cittadino delle strutture presso cui curarsi, consapevole e responsabile, viene ribadito nella legge regionale n. 23 del 2015 ma, preso atto dei rischi consistenti soprattutto nell'elevata frammentazione delle unità di offerta e nella erogazione dei servizi nella logica prevalente della prestazione, viene anche posta l'attenzione all'orientamento sulla presa in carico della persona nel suo complesso.

La legge regionale quindi indica la necessità di passare **dalla cura al prendersi cura** e si traduce concretamente nella capacità del sistema di affiancare le persone croniche o fragili e le loro famiglie nel percorso di vita.

Ciò avviene mediante l'elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico in un processo di integrazione fra le attività sanitarie, sociosanitarie e quelle di competenza delle autonomie locali.

Oggetto della sperimentazione

La legge regionale n. 23 del 2015 implementa nella Regione Lombardia un modello organizzativo del sistema sanitario e socio sanitario che presenta delle specificità non rinvenibili negli altri ordinamenti regionali. Tale modello è incentrato sulla completa separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo, in capo alle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), da quelle di erogazione delle prestazioni, assegnate alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), costituite dai due poli ospedaliero e territoriale e dall'introduzione di un meccanismo terzo di controllo.

In particolare, la programmazione territoriale viene spostata sull'**ATS**, che si configura **non come azienda ma come agenzia**, quale articolazione amministrativa della Regione con funzioni di attuazione della programmazione e di governo della rete sanitaria e sociosanitaria su un territorio più ampio di quello attuale. **Il soggetto centrale diventa l'ASST che al suo interno ospita tutti i servizi**, nell'ottica di integrare in origine quello che è stato diviso, soprattutto servizi sociosanitari e sanitari, di **garantire la continuità assistenziale e superare la tradizionale distinzione tra ospedale e territorio**.

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

L'articolo 1 bis della legge regionale 23/2015, inserito dalla legge regionale 22 dicembre 2015, n. 41, specifica il carattere sperimentale di tale assetto organizzativo, prevedendo che *“l'articolazione in ATS e ASST del servizio sanitario e sociosanitario regionale, come disciplinato dal Titolo I della LR 33/2009 a seguito delle modifiche introdotte dalla presente legge, avviene in via sperimentale per un periodo di cinque anni, al termine del quale la Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, valuta i risultati della sperimentazione. La Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, effettua una prima verifica al termine del primo triennio di sperimentazione al fine di individuare eventuali interventi correttivi.”*

Oggetto della sperimentazione è dunque l'articolazione in ATS e ASST del servizio sanitario e sociosanitario lombardo *“come disciplinato dal Titolo I della LR 33/2009”*. Pertanto la sperimentazione riguarda necessariamente anche l'articolazione organizzativa conseguente all'introduzione di tale modello innovativo.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Risultati attesi dalla riforma sanitaria e sociosanitaria lombarda

Il cuore della legge è lo sviluppo di un sistema che garantisca la vera continuità assistenziale nella presa in carico del paziente, attraverso un *setting* assistenziale appropriato ai suoi bisogni e, laddove non occorran procedure complesse, nel luogo più vicino al paziente stesso.

In sintesi, dall'analisi dei documenti presi in considerazione, emergono in maniera ricorrente alcuni obiettivi strategici perseguiti dalla riforma organizzativa sociosanitaria lombarda sperimentale, che possono essere riassunti nella logica del passaggio "dalla cura al prendersi cura", e sviluppati nei seguenti risultati attesi:

- garanzia della continuità assistenziale: continuità dei percorsi di cura dal territorio all'ospedale e dall'ospedale al territorio;
- miglioramento dell'integrazione tra servizi sanitari e sociosanitari, superando la contrapposizione tra ospedale e territorio;
- valorizzazione e potenziamento della rete territoriale e centralità delle cure territoriali al fine di assicurare l'assistenza nel proprio ambiente di vita;
- sviluppo e rafforzamento del sistema di prevenzione;
- introduzione di modelli innovativi di presa in carico per affrontare la cronicità e la fragilità;
- superamento della frammentazione tra unità di offerta;
- garanzia di prestazioni territoriali quali-quantitative adeguate;
- riduzione della centralità dell'ospedale e contrasto all'inappropriatezza.

La valutazione pertanto attiene all'impatto che la riforma legislativa lombarda ha avuto nella risoluzione delle criticità rilevate, in termini di effetti positivi, di effetti peggiorativi, o di nessun effetto rilevante rispetto alla situazione precedente.

Obiettivi della presente analisi sono pertanto:

1. Inquadramento della Riforma della Regione Lombardia: attori, funzioni e relazioni;
2. Individuazione e analisi dei nodi organizzativi più sensibili;
3. Individuazione dei temi meritevoli di ulteriore approfondimento.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Metodologia: approccio multi-metodo

L'analisi svolta ha utilizzato un approccio multi-metodo, recentemente suggerita dalla letteratura accademica internazionale e da linee guida internazionali come l'approccio migliore per lo studio di situazioni complesse. Il principio cardine alla base dell'approccio multi-metodo consiste nel confronto sistematico di dati e di risultati - sia quantitativi che qualitativi - provenienti da fonti diverse. Questa comparazione consente il bilanciamento di due obiettivi: da un lato rafforzare la solidità dei risultati, sostenuta dal fatto che diverse fonti e diverse analisi conducono alle medesime evidenze; dall'altro lato apprezzare le sfumature nei risultati che alcune fonti considerate singolarmente non riescono a fornire perché sono, per natura, incapaci di catturarle.

Sulla base delle migliori pratiche di ricerca, dunque, questa analisi incrocia informazioni e dati provenienti da analisi documentali, analisi di siti web istituzionali, ricognizioni sul campo, analisi di indicatori di performance.

Oggetto dell'analisi documentale sono:

- La normativa nazionale e la normativa regionale in merito all'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario. Le norme nazionali tracciano il perimetro per il disegno dei sistemi sanitari regionali e definiscono gli eventuali ambiti di sperimentazione. Le norme regionali, invece, disegnano le istituzioni del sistema interno e descrivono le eventuali riforme.
- I piani di organizzazione aziendale strategici delle istituzioni di interesse.
- Gli organigrammi delle istituzioni di interesse.

Oggetto dell'analisi dei siti web ufficiali delle istituzioni di interesse sono:

- Le informazioni disponibili ai cittadini, a confronto con i documenti strategici.
- Le informazioni disponibili ai cittadini in merito all'adesione ad alcuni servizi a campione, quali ad esempio la presa in carico dei pazienti cronici, l'assistenza domiciliare ed il fascicolo sanitario elettronico.

Oggetto della ricognizione sul campo sono state:

- Le informazioni per la presa in carico dei pazienti cronici su un campione delle istituzioni di interesse, tramite la tecnica del "paziente misterioso", sulla base di una lista di domande condivise all'interno del gruppo di lavoro. Le domande sono state formulate al fine di esplorare il grado di completezza e ampiezza delle informazioni disponibili presso un campione di gestori. In particolare: alcuni quesiti sono di tipo generale e fanno riferimento alla presenza del gestore all'interno dell'istituzione e alla relativa organizzazione in termini di servizi offerti ed eventuale personale dedicato; alcuni quesiti sono di tipo specifico, ossia domande che il gruppo di lavoro ha posto in una seconda fase di approfondimento, riferite a casi di pazienti cronici pluri-patologici, correntemente in cura presso diverse strutture del SSL e alle relazioni con figure professionali esterne al SSL, quali i medici di medicina generale (MMG).



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- Gli indicatori oggettivi di *performance*, nella quasi totalità parte del sistema di valutazione del *network* delle regioni coordinato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna, *network* di cui anche la Regione Lombardia fa parte.
- Il report delle Audizioni a diversi *stakeholder* del sistema sanitario lombardo fornito dalla Regione Lombardia. Le audizioni hanno riguardato un'ampia platea di interlocutori e *stakeholder* chiave. I *focus group* non sono stati svolti dal team di ricerca del MeS Sant'Anna perché è stato ritenuto esaustivo il suddetto report delle Audizioni. I *focus group* sono la tecnica di ricerca d'elezione per far emergere le tematiche rilevanti dai gruppi di riferimento senza che vengano imposti dall'esterno. La Regione Lombardia con le stesse finalità ha eseguito audizioni con i referenti dei seguenti *stakeholder*:
 - Rete associazionismo e ricerca
 - Area farmaceutica
 - Erogatori sanitari privati accreditati
 - Erogatori sanitari pubblici
 - Erogatori sociosanitari
 - Riabilitazione
 - Terzo settore
 - Enti locali
 - IRCCS
 - Sindacati confederali
 - Presidi facoltà di Medicina
 - Sindacati dirigenza
 - Sindacati comparto
 - Associazioni pazienti
 - Sindacati MMG e PLS
 - Sindacati specialisti ambulatoriali
 - Comune di Milano
 - Sindacati dei Pensionati
 - Associazioni di settore (assistenza domiciliare, dispositivi medici)
 - Ordini professionali.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

La Riforma di Regione Lombardia: attori, funzioni e relazioni

Si riporta seguire una analisi della legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 “*Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33*” (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), con riferimento agli attori principali, alle loro funzioni ed alle interconnesse relazioni nell’ambito del sistema sociosanitario stesso

L’Agenzia per la Tutela della salute (ATS)

ATS	Agenzie dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia organizzativa, amministrativa patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica (Art. 6). Le ATS si articolano in distretti con competenza sul territorio corrispondente a quello delle ASST (art. 7 bis). Le ATS si organizzano al loro interno in Dipartimenti (art. 6).
Competenze delle ATS	Attuano la programmazione definita dalla Regione (art. 6). Attuano gli indirizzi regionali (art. 6). Programmano e acquistano le prestazioni e i servizi. Accreditano le strutture sanitarie e sociosanitarie in possesso dei requisiti strutturali tecnologici e organizzativi sulla base della presentazione di una SCIA (art.15). Stipulano gli Accordi Contrattuali di cui all’articolo 8 <i>quinquies</i> del d.lgs 502/1992 con gli erogatori pubblici e privati accreditati sanitari e sociali e possono concordare con i soggetti erogatori di modificare la propria offerta al fine di rispondere con maggiore appropriatezza ai bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini (art. 6 e art. 15). Governano il percorso di presa in carico e il sistema dell’assistenza primaria erogata dai MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, organizzati in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).. Gestiscono le convenzioni con i MMG (art. 10). Esercitano vigilanza e controllo sulle strutture sanitarie socio sanitarie e sociali ai sensi dell’art. 10 d.lgs. 502/1992 secondo propri piani di controllo annuali e coordinandosi con l’Agenzia di controllo (art. 6).

Rispetto all’introduzione e al ruolo delle ATS, le audizioni evidenziano alcune tematiche principali relative alla *governance* tecnico-politica. Primo, ricomporre ad unitarietà le competenze in ambito socio-sanitario e socio-assistenziale (anche con riferimento al tema della disabilità), attualmente allocate su tre Assessorati regionali. Secondo, portare a compimento la separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo (ATS) da quelle di erogazione (ASST), unificando le funzioni oggi in co-gestione ATS-ASST. In particolare, le funzioni di prevenzione e cure primarie potrebbero essere trasferite nel polo territoriale delle ASST e prevedere Tavoli Istituzionali di programmazione territoriale, condivisi tra ATS-ASST-MMG/PLS. La presenza fisica di MMG (in gruppo) all’interno dei presidi ospedalieri favorirebbe l’integrazione dei percorsi clinico-assistenziali e quindi anche l’appropriatezza del processo di diagnosi e cura.

Le Aziende Sociosanitarie territoriali (ASST)

ASST	Aziende con personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia organizzativa amministrativa patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Il Direttore generale ha la piena potestà gestionale delle ASST (art. 7). Le ASST si articolano in due settori che afferiscono al Direttore Generale (DG):
------	--



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

	• Settore rete territoriale: il DG può affidare la direzione al Direttore sociosanitario. Il DG può attribuire autonomia economico finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale nonché autonomia gestionale. • Settore polo ospedaliero: il DG può affidare la direzione al Direttore sanitario. Il DG può attribuire autonomia economico finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale nonché autonomia gestionale. Il DG ha la responsabilità di garantire il coordinamento della gestione di ciascun settore aziendale (art. 7).
Competenze delle ASST	Erogazione prestazioni sanitarie e socio sanitarie ospedaliere e territoriali in concorrenza con gli altri erogatori pubblici o privati (art. 7).
Competenze del Settore rete territoriale cui afferiscono:	Erogazione delle prestazioni distrettuali di cui al d.lgs 502/1992 che erano erogate dalla ASL ad eccezione di quelle espressamente attribuite alle ATS. Erogazione di prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, delle cure intermedie e funzioni e prestazioni medico legali (art. 7 bis). Le prestazioni di prevenzione sanitaria sono erogate con il coordinamento del Dipartimento di igiene e prevenzione delle ATS (art. 7).
• Presidi ospedalieri territoriali (POT) • Presidi socio sanitari territoriali (PresSST)	Presidi ospedalieri territoriali (POT) sono gestiti direttamente dalle ASST ovvero mediante accordi con soggetti erogatori privati accreditati ed erogano: prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media o bassa intensità per acuti e cronici, prestazioni ambulatoriali e domiciliari (art. 7). Presidi socio sanitari territoriali (PresSST) sono gestiti direttamente dalle ASST ovvero mediante accordi con soggetti erogatori privati accreditati ed erogano: prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità e degenze intermedie a bassa intensità (art. 7).
Competenze del Settore polo ospedaliero articolato in:	Si articola in presidi ospedalieri e/o dipartimenti (art. 7). Eroga le prestazioni sanitarie in fase acuta ed eroga prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità (art. 7). In ogni ASST deve essere individuato il polo ospedaliero costituito da almeno un presidio ospedaliero (art. 7).
• Presidi ospedalieri • Dipartimenti	

Riguardo all'organizzazione delle ASST, le audizioni suggeriscono di istituzionalizzare una distinzione tra polo ospedaliero e polo territoriale in termini di budget e personale assegnato a ciascuno dei due al fine di meglio armonizzare le due componenti evitando sia ridondanze sia mancanze nell'offerta di servizi. Le audizioni evidenziano anche come a differenza dell'ambito sanitario, in cui è consolidato il percorso di confronto e definizione di obiettivi con gli erogatori pubblici e privati accreditati basato sulle evidenze epidemiologiche e sugli indicatori PNE, l'ambito sociosanitario non consente analogo approccio. L'attuale sistema di finanziamento privilegia l'attività erogativa di tipo "ospedaliero" rispetto all'attività "territoriale" ed è principalmente orientato al monitoraggio "quantitativo", slegato dalla qualità delle prestazioni erogate (in termini di specifici *outcome* di salute per gli assistiti).

Per quanto riguarda l'assistenza territoriale, le audizioni rilevano la necessità di ampliare l'attivazione di POT e PreSST, quali *hub* della medicina territoriale e luogo di gestione della presa in carico del paziente cronico. I percorsi clinico-assistenziali potrebbero anche essere meglio condivisi con le cooperative di medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

I Distretti

Distretti	Articolazioni delle ATS in distretti in numero pari alle ASST. I distretti hanno competenza sul territorio corrispondente a quello del settore aziendale territoriale della ASST. Popolazione minima 80mila abitanti elevato fino a 120mila nelle aree intensamente abitate (art. 7 bis). I distretti sono dotati di autonomia economico finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale nonché di autonomia gestionale (art. 7bis). Afferiscono direttamente alle Direzioni generali delle ATS: non è previsto il Direttore di Distretto (art. 7bis). Afferiscono funzionalmente al Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali dell'ATS. Fanno parte della Cabina di regia istituita nel Dipartimento per risolvere criticità di natura sociosanitaria riscontrate nel territorio di competenza (art. 6, comma 6 lett. f) e art 7 bis comma 4).
Competenze dei Distretti	Programmazione per la realizzazione della rete d'offerta territoriale (art. 7bis). Assicurano, con la direzione sociosanitaria delle ASST e con le Assemblee dei sindaci del distretto, che le ASST e i soggetti erogatori abbiano risorse sufficienti per garantire l'omogeneità dell'erogazione delle prestazioni distrettuali (art 7bis). Interagiscono con i soggetti erogatori per realizzare la rete di offerta territoriale anche attraverso il coinvolgimento dell'assemblea dei sindaci dei piani di zona (art. 7bis). Contribuiscono a garantire le funzioni proprie del distretto di cui all'articolo 3 <i>quinquies</i> del d.lgs 502/1992 (art. 7bis). Governano le cure primarie. Governano le attività rivolte alla presa in carico delle persone con cronicità. Svolgono funzioni di analisi della domanda del territorio e programmazione delle attività; partecipano alle azioni di governo della domanda del territorio; contribuiscono a garantire le attività di informazione, educazione e orientamento all'utenza, nonché all'accoglienza e alla presa in carico delle persone fragili con problematiche complesse, prestando particolare attenzione alla famiglia e al suo contesto di vita; coordinano la realizzazione degli interventi di promozione della salute e la realizzazione delle campagne di screening.
Prestazioni distrettuali	L'erogazione delle prestazioni distrettuali è affidata alle ASST e ai soggetti erogatori del SSL (art. 7bis). L'erogazione delle prestazioni distrettuali è garantita e assicurata dall'attività di programmazione e acquisto delle prestazioni e dei servizi della ATS (art. 7bis). La funzione direzionale dell'erogazione delle prestazioni distrettuali spetta al Direttore sociosanitario della ASST, qualora il DG si avvalga della facoltà di attribuire esclusivamente al Direttore sociosanitario la funzione di direttore del settore aziendale rete territoriale. Qualora non si avvalga di tale facoltà, la funzione resta in capo al DG (art. 7).

Relativamente ai distretti, risulta fondamentale istituire distretti omogenei dal punto di vista territoriale (come ampiamente emerso dalle audizioni), proponendone un "incardinamento" e una dipendenza dalle ASST, disegnandone i meccanismi di coordinamento con le altre istituzioni del SSL, soprattutto con il polo ospedaliero delle ASST. In particolare, le interlocuzioni con gli *stakeholder* hanno evidenziato l'esigenza di declinare nel dettaglio ruolo e compiti del Distretto, quale luogo cardine dell'integrazione sociosanitaria e socioassistenziale, con la possibilità di garantire sia il livello di erogazione dei servizi sia il governo dei processi trasversali di continuità assistenziale tra ospedale e territorio. I distretti, inseriti come sopra accennato, all'interno del polo territoriale della ASST, avrebbero come afferenze i presidi di erogazione dei LEA



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

territoriali. Nella medesima logica di governo efficace del territorio e di integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari, è importante attivare strumenti di confronto e di interazione, finalizzati alla concreta integrazione tra componente sociale del Comune e componente sociosanitaria. Al riguardo, all'interno del percorso di individuazione dei distretti, è stata sottolineata l'importanza di una coincidenza territoriale tra distretto e ambito distrettuale di pertinenza degli Enti locali associati, ai fini di una programmazione sempre più integrata. Inoltre, è anche emerso come il coinvolgimento dei sindaci tramite incontri operativi stabili sarebbe funzionale per delineare una programmazione integrata tra sociosanitario e sociale.

Resta ancora da definire il personale da assegnare ai distretti, sia in termini numerici che di mix di competenze.

Il Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS	Dipartimento gestionale con attribuzione di budget unico costituito dai servizi (art. 58): • igiene e sanità pubblica • igiene degli alimenti e nutrizione • prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro • medicina preventiva nelle comunità • promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali. Le direzioni sanitarie delle ATS coordinano l'organizzazione delle attività di prevenzione e il raccordo con le ASST e la rete degli erogatori delle prestazioni di prevenzione specialistica (Art. 60ter).
Competenze del Dipartimento di Prevenzione	La ATS tramite il Dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria assicura la <i>governance</i> e l'orientamento dell'offerta di prestazioni di prevenzione erogate della ASST e da altri soggetti accreditati (art. 7 e art. 58). Il dipartimento di igiene e prevenzione della ATS coordina la rete dei soggetti erogatori di prestazioni di prevenzione specialistica (art. 4bis). I Dipartimenti di igiene e prevenzione orientano con atti di indirizzo l'offerta di prevenzione erogata dalle ASST (art. 58). In funzione delle necessità territoriali, degli indicatori epidemiologici, della necessità di prontezza degli interventi, il Direttore generale dell'ATS può prevedere nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) ulteriori unità operative o articolare le stesse in unità territoriali (art. 58).
Area prevenzione delle ASST	L'erogazione delle prestazioni di prevenzione è di competenza della ASST e di altri soggetti accreditati (art. 57). Le ASST sono articolate in un'Area Prevenzione, articolata a sua volta in Unità organizzative. Le attività di prevenzione sanitaria, incluse le profilassi delle malattie infettive, la vigilanza e la tutela della salute collettiva dei rischi ambientali e individuali, sono svolte dalle ASST con il coordinamento del Dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS in coerenza con il Programma di prerequisiti (PRP) che assicura la funzione di <i>governance</i> e l'identificazione dei soggetti erogatori delle prestazioni (art. 7). All'interno della ASST il Direttore sociosanitario assume il ruolo di <i>Prevention process owner</i> , ha quindi funzioni di raccordo delle attività di prevenzione della ASST con gli obiettivi strategici e operativi della programmazione del Dipartimento di prevenzione della ATS.

In riferimento alla prevenzione, in linea con l'analisi documentale, le audizioni sollevano le seguenti tematiche principali. Primo, necessità di porre la prevenzione delle malattie infettive in capo ad un unico soggetto di



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

governance ed erogazione. Secondo, prevedere azioni di comunicazione a sostegno di una maggiore diffusione della conoscenza dei programmi di prevenzione e promozione della salute. Terzo, intensificare gli interventi di prevenzione specifici per gli anziani fragili in età antecedente la non autosufficienza (fascia 70/80 anni).

Agenzia regionale di controllo del servizio sociosanitario lombardo (ACCS)

Agenzia regionale di controllo	Agenzia regionale con personalità di diritto pubblico con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica. Organismo tecnico scientifico terzo e indipendente (art. 11). Direttore nominato dal Presidente della Giunta regionale da un elenco di esperti predisposto da un comitato tecnico consultivo. Comitato di direzione nominato dal Presidente della Giunta regionale su indicazione della Conferenza dei Presidenti dei gruppi di minoranza da un elenco di esperti predisposto da un comitato tecnico consultivo che effettua una selezione individuando le candidature più adatte.
Competenze dell’Agenzia regionale di controllo	Predisporre e propone alla Giunta regionale il piano annuale dei controlli e dei protocolli, con cui la funzione di controllo delle ATS si deve integrare e coordinare. Controlli sui soggetti erogatori: le strutture delle ATS preposte ai controlli sui soggetti erogatori, esclusivamente per l’esercizio di tale attività sono funzionalmente collegate con l’Agenzia di controllo che ne coordina l’attività verificando la corretta applicazione dei protocolli. Programma e coordina gli interventi delle strutture di controllo delle ATS in accordo con le ATS su tutto il territorio regionale. Analizza i dati che derivano dall’attività di controllo e riferisce alla Giunta regionale a supporto dell’attività di programmazione. Raccoglie i dati della propria attività di controllo e riferisce al Consiglio regionale. Qualora la ATS non si conformi alle richieste dell’Agenzia, questa segnala alla Giunta regionale le omissioni per i provvedimenti opportuni nei confronti della ATS inadempiente.

Il ruolo sostanziale dell'Agenzia di Controllo è quello di armonizzare (su un orizzonte regionale) i singoli Piani annuali di controllo delle ATS, secondo logiche di indirizzo e condivisione delle scelte strategiche.

Il Comitato di Direzione dell'Agenzia di Controllo garantisce, altresì, terzietà, anche attraverso la rappresentanza dei gruppi di minoranza (art. 11 c.2 c).

Il doppio livello della funzione di controllo (Agenzia di Controllo e ATS) non viene avvertito in modo significativo dagli *stakeholder*, in quanto l'interlocutore di riferimento rimane ATS, che agisce nel rispetto del proprio Piano annuale dei Controlli (seppur condiviso con la ACSS). Unico appunto ribadito da più interlocutori riguarda la necessità di standardizzare, a livello di ACSS, i criteri di controllo degli erogatori pubblici e privati, con l'obiettivo di uniformarne, a livello regionale, le modalità attuative.

Dal contributo pervenuto dal Direttore dell'Agenzia di Controllo si rilevano, nello specifico:

STRUTTURAZIONE DELL'AGENZIA

- Comitato di Direzione – CdD (composto da tre membri nominati dal Presidente della Giunta regionale, su indicazione della Conferenza dei presidenti dei gruppi di minoranza del Consiglio regionale);



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- Direttore (rappresentante legale dell'Agenzia, nominato dal Presidente della Giunta regionale, individuandolo da un elenco stilato dal comitato tecnico consultivo di cui all'articolo 4 della legge regionale 10 dicembre 2008, n. 32);
- n. 2 dirigenti dell'area sanitaria;
- n. 6 dirigenti di area tecnico-amministrativa;
- n. 16 figure professionali di comparto (categorie C-D-DS)
- Organi di controllo: Collegio Sindacale e Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP).

CRITICITA' E AMBITI DI POSSIBILE MIGLIORAMENTO NEI RAPPORTI CON LE ATS E NEI PIANI DI CONTROLLO TERRITORIALI

- Disomogeneità/eterogeneità di approccio nelle azioni di controllo, sia tra *équipe* territoriali diverse, sia tra aggregazioni territoriali all'interno della stessa ATS. Ciò rappresenta la critica principale che gli enti erogatori pongono a carico del sistema di controllo;
- Frammentazione tra funzioni di vigilanza e controllo di appropriatezza e tra attività in capo a strutture/dipartimenti con competenze diverse;
- Rilevazione del fatto che alcuni requisiti di accreditamento sono obsoleti e che vi è necessità di armonizzare i criteri di erogazione delle sanzioni;
- Parziale scostamento tra adempimenti previsti dalle Regole di Sistema/DGR vigenti e l'attività di controllo programmata dalle ATS (dal confronto con le ATS è emerso che non tutti gli adempimenti previsti sono oggetto di esplicita verifica, a volte per carenze nei flussi informativi, a volte per ragioni di natura organizzativa).

Università e IRCSS

Le aziende ospedaliere universitarie sono previste dalla legislazione nazionale, presenti in molti altri sistemi sanitari regionali e attualmente assenti nella geografia istituzionale del SSL.

La D.G.R. del 03/12/1999 n. 46793 "*Linee guida per la stesura delle convenzioni attuative tra Università lombarde e Regione Lombardia in campo di formazione pre-laurea, post-laurea e di diploma per il personale dell'area sanitaria medica. Revoca della DGR n. 60973 del 13 dicembre 1994*" ha disciplinato gli aspetti gestionali e organizzativi, volti a garantire lo svolgimento delle attività didattiche e assistenziali delle Facoltà di Medicina e Chirurgia all'interno del SSR lombardo. La medesima delibera individua i seguenti Poli Universitari (con relative afferenze di AO e IRCCS):

- 3 Poli Universitari di Milano (Università degli Studi di Milano - "Centrale", "Vialba", "San Paolo");
- Polo Universitario di Milano-Bicocca;
- Polo Universitario di Milano - Libera Università Vita e Salute;
- Polo Universitario di Pavia;
- Polo Universitario di Brescia;
- Polo Universitario di Varese.

La L.R. del 30/12/2009 n. 33 "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*" (modificata dalla L.R. 23/2015) demanda la disciplina del rapporto tra le facoltà di Medicina e Chirurgia ed i soggetti pubblici e



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

privati accreditati a contratto nel territorio regionale ad un Protocollo generale d’Intesa da stipularsi con le Università.

Con D.G.R. del 22/12/2010 n. 1053 “*Protocollo d’intesa con le Università della Lombardia con Facoltà di Medicina e Chirurgia per lo svolgimento di attività assistenziali, formative e di ricerca*” è stato aggiornato il protocollo in vigore, in particolare per ciò che concerne la formazione pre-laurea, il personale universitario, la definizione e il dimensionamento delle strutture sanitarie caratterizzate da presenza universitaria.

Si dettaglia sinteticamente la procedura di adesione di una AO/ASST/IRCCS ad un Polo Universitario:

- Istanza di inserimento nello specifico Polo Universitario da parte di AO/ASST/IRCCS;
- Approvazione della richiesta da parte del Polo destinatario dell’istanza (con eventuale sottoscrizione di un Protocollo preliminare d’intesa, con riferimento alle esigenze formative specifiche del corso di laurea individuato);
- Avvio dell’iter da parte della DG Welfare di Regione Lombardia, che prevede (a seguito della ricezione di istanza e approvazione di cui ai punti precedenti) il parere favorevole da parte di tutti gli organi accademici lombardi, sedi dei corsi di laurea in medicina;
- Formalizzazione di integrazione del Polo Universitario oggetto di istanza tramite specifico provvedimento di Giunta regionale.

In maniera analoga, come emerso anche durante le audizioni, risulterebbe importante specificare meglio il ruolo degli IRCCS all’interno del sistema, specificando il livello e gli ambiti di contrattazione per programmazione ed erogazione ed i meccanismi di controllo. Gli IRCCS potrebbero anche servire quali sperimentatori di nuovi modelli organizzativi.

Analisi comparativa della disciplina regionale e delle disposizioni di principio contenute nel d.lgs 502/1992

Tabella 1: Confronto sintetico tra normativa nazionale (D.Lgs 502/1992) e normativa regionale (Legge regionale 23/2015).

	Normativa nazionale (D.Lgs 502 s.m.i.)	Normativa regionale (legge regionale 33/2009 come modificata dalla legge regionale 23/2015)
Regione	Programmazione, indirizzo e controllo	Programmazione, indirizzo e controllo (con importante delega alle ATS)
ASL	Programmazione, acquisto, controllo ed erogazione	ATS (sono "Agenzie"): attuazione della programmazione regionale, accreditamento, acquisto di prestazioni, monitoraggio, controllo/vigilanza. Non hanno funzione di erogazione, che transita nel polo ospedaliero e territoriale delle ASST.
AO	Erogazione di servizi prettamente ospedalieri (+ ambulatoriali, nel caso di Regione Lombardia)	ASST: erogazione dello spettro completo dei servizi (inclusi quelli di prevenzione e sociosanitari), attraverso i due Poli in cui è articolata (territoriale e ospedaliero)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

	Normativa nazionale (D.Lgs. 502 s.m.i.)	Normativa regionale (legge regionale 33/2009 come modificata dalla legge regionale 23/2015)
Dipartimento di Prevenzione	In capo alle ASL, eroga le prestazioni di prevenzione	Resta in seno all'ATS, ma l'erogazione delle prestazioni di prevenzione passa in carico alle ASST e agli altri soggetti accreditati
Distretti	Governo ed erogazione dei servizi di assistenza primaria, sanitari e sociosanitari	L'erogazione delle prestazioni distrettuali è affidata alle ASST e ai soggetti erogatori del SSL (pur mantenendo formalmente autonomia gestionale ed economico-finanziaria)
Attività di Controllo	In capo a Regione e ASL	ATS e Agenzia regionale di controllo

La caratteristica peculiare della sperimentazione del modello lombardo rispetto all'assetto previsto dalla normativa di principio statale consiste nella completa separazione delle funzioni di programmazione, acquisto di prestazioni e controllo, assegnate all'Agenzia ATS, da quelle di erogazione delle prestazioni assistenziali, assegnate alle Aziende ASST e agli altri erogatori privati accreditati.

In particolare, le funzioni di programmazione e indirizzo proprie della Regione, come disciplinate d.lgs. 502/1992, nella legge regionale 33/2009, come modificata dalla legge regionale 23/2015, sono declinate in un livello di governo intermedio che si inserisce tra Regione e ASST: quello delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS). Ai sensi della disciplina regionale, le ATS, anche mediante la propria articolazione distrettuale, svolgono funzioni di governo attuando la programmazione e gli indirizzi della Regione.

Le funzioni di acquisto delle prestazioni, che in base al d.lgs. 502/1992 spettano alle aziende sanitarie, nel sistema sociosanitario lombardo competono alle ATS, che subentrano alle ASL, le quali stipulano gli Accordi Contrattuali di cui all'articolo 8 *quinquies* del d.lgs. 502/1992 con i prestatori privati di attività sanitarie e sociosanitarie.

Le ATS svolgono, in particolare, le funzioni di regolazione istituzionale connesse all'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento delle strutture sanitarie nonché le funzioni di committenza dei servizi da acquistare presso gli erogatori pubblici e privati a contratto con il SSR. Possono concordare con i soggetti erogatori di modificare la propria offerta al fine di rispondere con maggiore appropriatezza ai bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini.

Le funzioni attribuite alle ATS corrispondono solo a parte delle funzioni che il d.lgs. 502/1992 assegna alle aziende sanitarie, alle quali spettano anche funzioni di erogazione delle prestazioni assistenziali. Tali compiti sono affidati, come si è visto, alle ASST.

Infine, per quanto riguarda il sistema dei controlli, la legge regionale attribuisce alle ATS l'esercizio della vigilanza e del controllo sulle strutture sia relativamente alla permanenza nel tempo dei requisiti autorizzativi e di accreditamento sia al regolare svolgimento delle attività. Inoltre, in attuazione del principio di terzietà dei controlli, è istituita l'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo, cui le ATS sono funzionalmente collegate, che ne coordina l'attività verificando la corretta applicazione dei protocolli.

L'articolazione delle ATS in distretti, con compiti di governo e programmazione dell'offerta territoriale e l'attribuzione delle funzioni di erogazione delle prestazioni distrettuali alle ASST e agli altri soggetti erogatori, è un'altra caratteristica del sistema lombardo che differisce da quanto previsto dal d.lgs. 502/1992, in cui i



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

distretti sono articolazioni delle aziende sanitarie che governano ed altresì erogano direttamente o tramite soggetti accreditati le prestazioni distrettuali.

I distretti delle ATS:

- fanno capo alla Direzione generale della ATS;
- afferiscono funzionalmente al Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali dell'ATS;
- fanno parte della cabina di regia istituita nel Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie (istituzione facoltativa – ma di fatto attuata in tutte le ATS – per risolvere criticità di natura sociosanitaria) che ha funzioni consultive;
- si relazionano con l'Assemblea dei sindaci del distretto e con il direttore sociosanitario della ASST.

L'erogazione delle prestazioni distrettuali nell'articolazione organizzativa lombarda è affidata al Settore aziendale Rete territoriale delle ASST, diretto dal Direttore sociosanitario (qualora il Direttore generale si avvalga della facoltà di attribuire esclusivamente allo stesso tale funzione). Inoltre il Direttore generale può conferire a tale Settore autonomia economico finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale nonché autonomia gestionale.

Pertanto, nel sistema regionale oggetto di sperimentazione, al Distretto inteso come articolazione dell'azienda sanitaria, erogatore dei servizi di assistenza primaria e sede in cui in concreto prende forma l'integrazione tra sanitario e sociosanitario, si sostituisce il Settore aziendale Rete territoriale; mentre quello che viene definito propriamente Distretto costituisce un livello di governo che afferisce alla Direzione generale della ATS, e che programma e organizza in modo che gli erogatori possano svolgere adeguatamente le loro funzioni. Il tutto, nell'ambito dell'attività di programmazione e acquisto delle prestazioni e dei servizi riservata alla ATS, sulla base della fondamentale distinzione che caratterizza l'ordinamento regionale innanzi evidenziato.

Al di là delle differenze terminologiche ed in linea con quanto previsto dalla legge regionale n. 23 del 2015, che affida al distretto di ATS le funzioni di "committente" e alla rete territoriale della ASST le funzioni erogative, l'analisi dei POAS e la loro applicazione ha evidenziato nelle:

- ATS: la presenza e "copertura" della direzione del Distretto con funzioni di programmazione e committenza, in coerenza con la denominazione del D.Lgs 502/1992;
- ASST: la presenza nei POAS di articolazioni organizzative (in genere UOC) su base territoriale, con compiti erogativi.

Riguardo alle prestazioni per la tutela della salute della popolazione, la legge regionale 33/2009, come modificata dalla legge regionale 23/2015, organizza **il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria quale articolazione della ATS, con compiti di governo e indirizzo, mentre affida l'erogazione delle prestazioni di prevenzione alle ASST e ad altri soggetti accreditati.**

Anche in questo caso, in coerenza con il disegno organizzativo di separazione della funzione erogativa da quelle di governo, è concepita un'articolazione che non corrisponde pienamente al disegno del d.lgs. 502/1992, in cui il Dipartimento di Prevenzione costituisce la struttura operativa dell'azienda sanitaria, con autonomia organizzativa e contabile, articolata nel territorio in raccordo con i distretti, con compiti di erogazione di prestazioni a garanzia della tutela della salute collettiva.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Nella disciplina sperimentale lombarda le funzioni erogative, proprie del Dipartimento di Prevenzione di cui all'articolo 7 bis del d.lgs. 502/1992, sono attribuite alle ASST, presso le quali operano le unità organizzative nell'ambito di un'Area di Prevenzione; mentre, in coerenza con il disegno organizzativo di separazione delle funzioni, quello che viene definito Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria svolge funzioni di governo a livello di ATS.

Le funzioni di erogazione delle prestazioni assistenziali ospedaliere e territoriali sono assegnate alle ASST, che subentrano alle aziende ospedaliere, le quali concorrono con tutti gli altri soggetti di diritto pubblico e di diritto privato all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, nella logica della presa in carico della persona.

Gli ospedali sono incorporati in uno stesso sistema di offerta facente capo alle ASST: non più, come prima della riforma, aziende sanitarie ed aziende ospedaliere (anche se la legge regionale consente ancora alla Regione di istituire aziende ospedaliere), ma presidi ospedalieri facenti capo ai Settori Polo ospedaliero e Rete territoriale delle ASST.

All'interno del Polo ospedaliero sono collocati i presidi ospedalieri, che corrispondono alle ex aziende ospedaliere.

All'interno del Polo territoriale vi sono i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e i Presidi Sociosanitari Territoriali (PreSST), gestiti direttamente dalle ASST oppure mediante accordi con soggetti erogatori privati accreditati.

Tale modello costituisce la risposta ai bisogni di presa in carico emersi dal territorio e dalle stesse strutture ospedaliere nell'ottica della continuità tra ospedale e territorio. La nuova organizzazione delle ASST è infatti orientata a superare la frammentazione e la distinzione dei percorsi di cura tra ospedale e territorio, tra sanitario e sociosanitario.

Infine, con riferimento **al sistema dei controlli**, dalla lettura della normativa nonché del Piano integrato sociosanitario lombardo 2019-2023, emerge che tale sistema è articolato su più livelli coordinati ed integrati fra loro.

Il livello delle ATS esercita la vigilanza sul rispetto dei requisiti di accreditamento degli erogatori privati sanitari e sociosanitari, i controlli di appropriatezza sulle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, i controlli sull'attuazione delle misure sostenute dalla Regione Lombardia, i controlli in materia di farmaceutica e protesica, i controlli sulle fondazioni, i controlli di prevenzione medica e di prevenzione veterinaria. I controlli delle ATS sono oggetto di pianificazione annuale e rendicontazione analitica e sono correlati alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza. L'ATS svolge l'attività di controllo attraverso la sua articolazione organizzativa "Dipartimento programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie". Tale Dipartimento oltre a svolgere le funzioni di programmazione, accreditamento, negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie, effettua anche le funzioni di controllo sugli erogatori sanitari e sociosanitari pubblici e privati, in collegamento funzionale e secondo le indicazioni fornite dall'Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo che ne coordina l'attività verificando la corretta applicazione dei propri protocolli.

Al livello dell'Agenzia di Controllo del SSL compete la proposta alla Giunta Regionale del piano annuale dei controlli e dei protocolli. Le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL, per l'esercizio di tale attività, sono funzionalmente collegate con l'Agenzia di controllo, che ne coordina l'attività verificando la corretta applicazione dei protocolli. L'Agenzia esercita quindi un raccordo funzionale a garanzia della coerenza del sistema dei controlli sugli erogatori, nella veste di organismo tecnico scientifico



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

indipendente che si avvale di gruppi multidisciplinari di professionisti impiegati nelle attività di controllo delle ATS.

Infine il livello della Giunta Regionale. L'organo di governo della Regione approva il piano annuale dei controlli e dei protocolli e, nelle regole di sistema annuali, le disposizioni rivolte ai soggetti deputati alle attività di controllo in tutti i livelli sopracitati. Programma strumenti evoluti per l'esercizio dei controlli e governa i flussi informativi connessi.

Anche la funzione di controllo in Lombardia presenta delle particolarità rispetto alla disciplina di principio nazionale e tale particolarità è legata al principio di separazione delle funzioni tra ATS e ASST.

Infatti ai sensi dell'articolo 8 *octies* e dell'articolo 10 del d.lgs 502/1992 la Regione e le aziende unità sanitarie locali attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli Accordi Contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese. **Nella disciplina regionale lombarda l'ente che eroga le prestazioni, l'ASST, non ha competenza né in merito alla stipula degli Accordi Contrattuali, né sul controllo in merito al loro rispetto da parte degli erogatori, in quanto tali funzioni sono state separate e attribuite alla ATS, unitamente alle funzioni di controllo sulla qualità dell'assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni, con la regia dell'Agenzia dei controlli.** In base alla legge regionale, l'Agenzia programma e coordina gli interventi delle strutture di controllo delle ATS, le quali, per le funzioni di controllo sui soggetti erogatori, sono funzionalmente collegate alla stessa.

La singola ATS a sua volta effettua i controlli sulle strutture di tutte le ASST e su quelle private accreditate sia di natura sanitaria che sociosanitaria, comprese nella sua circoscrizione.

Le ASST svolgono quindi solamente le fondamentali funzioni di controllo interno (Controllo di gestione, nuclei interni di controllo sulle prestazioni, *internal audit*, RPCT) quali strumenti delle Direzioni Generali per leggere le realtà aziendali e compiere scelte funzionali al raggiungimento dei risultati attesi.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

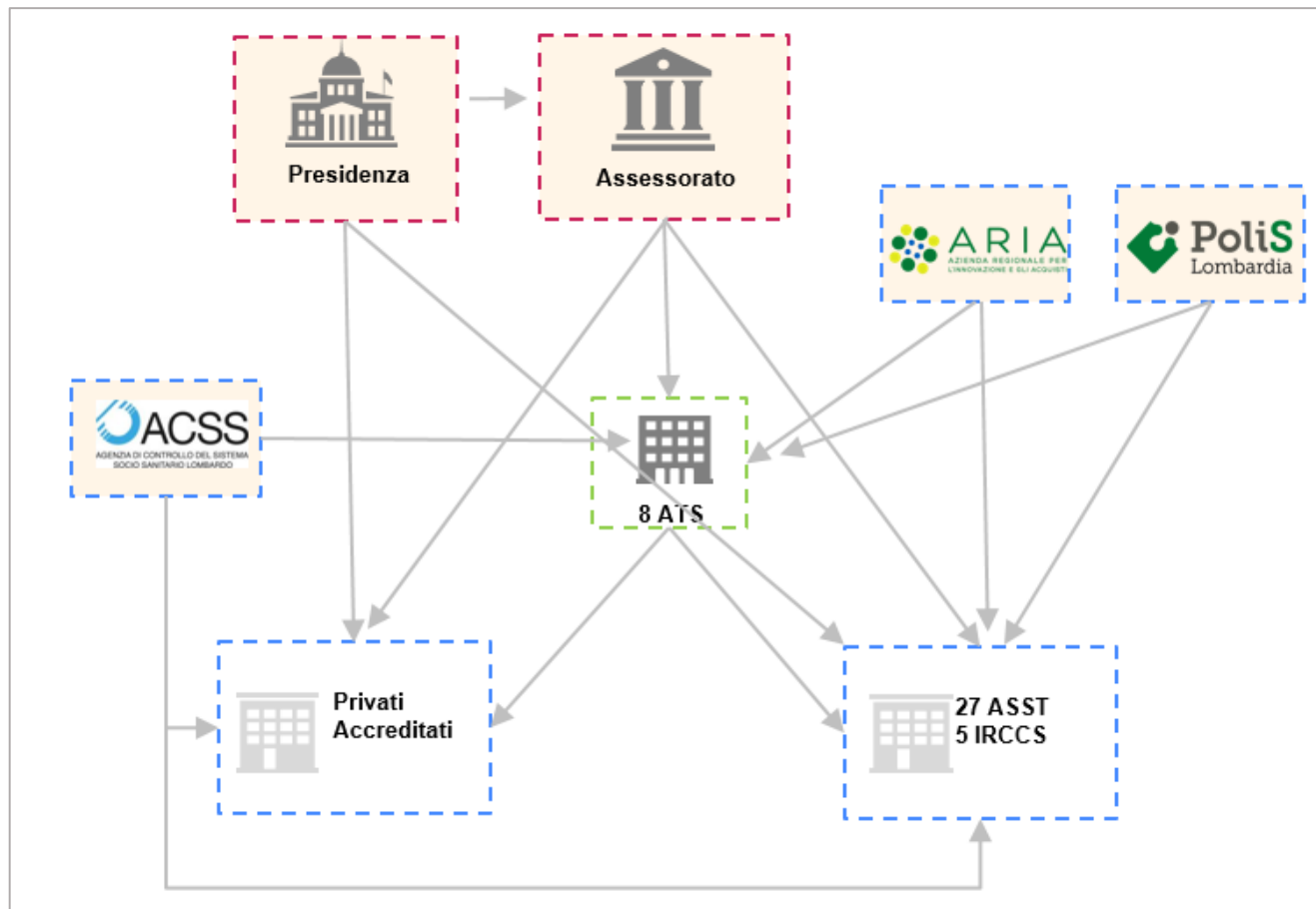


Figura 2:: Assetto organizzativo del Sistema Socio-Sanitario Lombardo

L'assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali e la verifica del livello di raggiungimento

L'assegnazione degli obiettivi ai direttori generali delle ATS, delle ASST, di AREU e degli IRCCS pubblici avviene tramite deliberazione della Giunta Regionale su proposta dell'Assessore e previa condivisione tra la Direzione Generale *Welfare* e le direzioni strategiche degli enti.

Ai direttori generali delle suddette organizzazioni vengono assegnate le seguenti tipologie di obiettivi:

- Obiettivi di mandato, il cui tempo per l'implementazione coincide con la durata dell'incarico. Gli obiettivi di mandato fanno riferimento a:
 - Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri;
 - Riordino della rete di offerta;
 - Integrazione tra ospedale e territorio e presa in carico del paziente cronico;
 - Omogeneizzazione dei sistemi informativi aziendali.
- Obiettivi di sviluppo, il cui tempo per l'implementazione è annuale. Gli obiettivi di sviluppo sono ulteriormente divisi in:



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- Obiettivi istituzionali;
- Obiettivi prioritari, il cui raggiungimento ha rilievo ai fini del mantenimento dell'incarico;
- Obiettivi specifici.
- Obiettivi di trasparenza e anti-corruzione.

Gli obiettivi istituzionali includono indicatori riferibili alle seguenti macro-categorie:

- Per le ATS, obiettivi di tipo: Economico-finanziario, Investimenti, Farmaceutica convenzionata, Acquisti, Flussi informativi, Personale, Vaccinazioni, Malattie infettive, Prevenzione (ad esempio, Sicurezza alimentare, Sanità pubblica veterinaria), Accreditamento, Salute mentale, Ambito sociosanitario.
- Per le ASST, obiettivi di tipo: Economico-finanziario, Investimenti, Acquisti, Farmaci, Flussi informativi, Personale, Accreditamento, Controllo prestazioni sanitarie, Vaccinazioni, Screening, Malattie croniche.
- Per AREU, obiettivi di tipo: Economico-finanziario, Investimenti, Personale, Formazione, Emergenza Urgenza.

Il processo di verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi prevede le seguenti fasi:

- Analisi e valutazione del raggiungimento degli obiettivi istituzionali e degli obiettivi prioritari. I direttori generali propongono un'autovalutazione e la Direzione Generale dell'Assessorato in collaborazione con la Direzione Centrale Bilancio e Finanza attua le opportune verifiche. Nel caso di percentuale di raggiungimento complessivo di questi obiettivi pari ad almeno il 70% è previsto l'accesso alla seconda fase di valutazione i cui esiti danno diritto al riconoscimento dell'incentivo economico individuale.
- Analisi e valutazione del raggiungimento degli obiettivi specifici a cura della Direzione Generale in collaborazione con la Direzione Centrale Bilancio e Finanza.
- Analisi e valutazione della corretta applicazione delle norme in materia di trasparenza e anticorruzione. Previa autovalutazione dei direttori generali, la Direzione Generale effettua una verifica in collaborazione con l'unità organizzativa Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, trasparenza e *privacy officer*.
- Verifica del raggiungimento dell'obiettivo relativo ai tempi di pagamento da parte della Direzione Centrale Bilancio e Finanza.

L'organizzazione e i meccanismi operativi delle Aziende

Come descritto nelle sezioni precedenti, uno dei principali cambiamenti introdotti dalla riforma lombarda è stata la riorganizzazione delle ASL e delle AO in **ATS** e **ASST** con conseguente riorganizzazione e separazione delle funzioni precedentemente in capo ad esse.

Si riportano di seguito gli schemi funzionali esemplificativi della nuova articolazione organizzativa dell'ATS e dell'ASST, rispettivamente Figura 3 e Figura 4.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

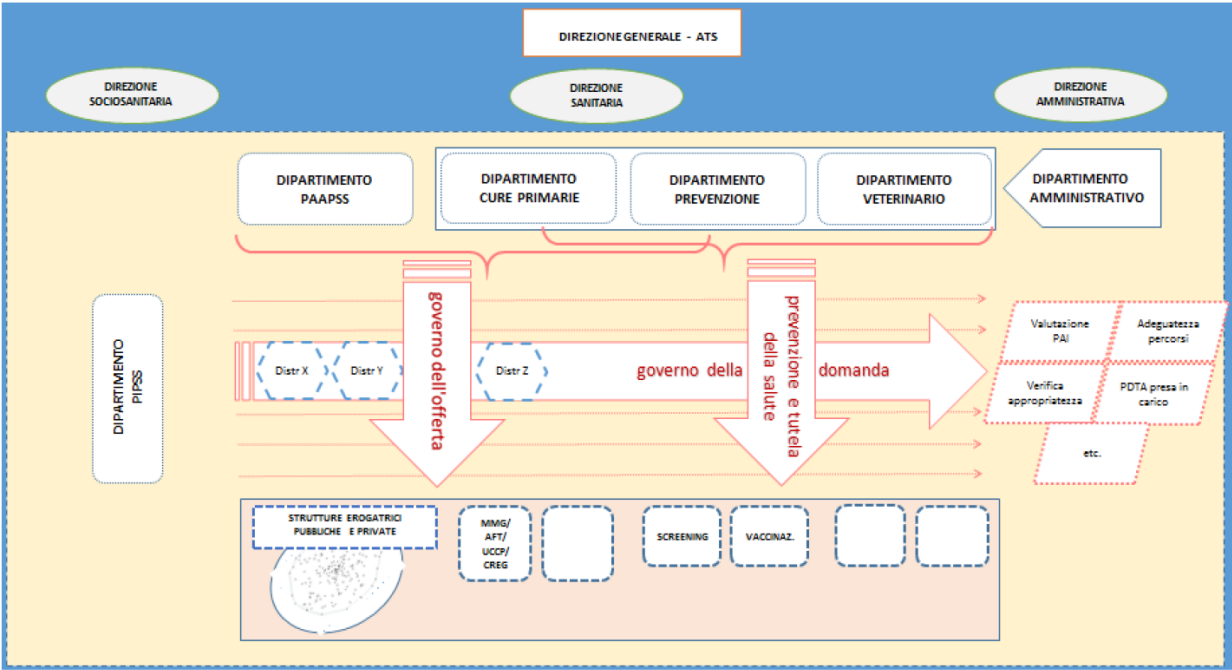


Figura 3: Schema funzionale esemplificativo ATS.

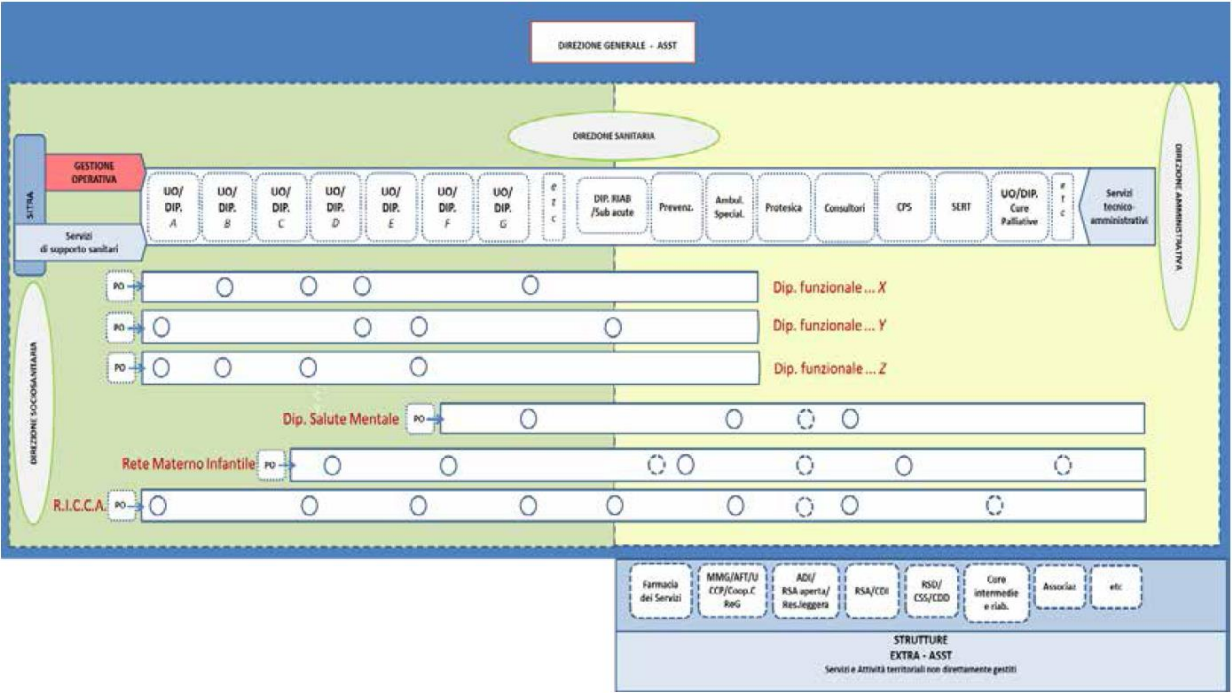


Figura 4: Schema funzionale esemplificativo ASST.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Con la riforma, le ASST vengono a loro volta riorganizzate in dipartimenti gestionali e dipartimenti funzionali.

L'organizzazione per **dipartimenti gestionali** rimane il modello aziendale di riferimento per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e risponde alla direzione sanitaria. Essi pertanto:

- Sono costituiti da strutture complesse e semplici e sono caratterizzate da particolari specialità affini o complementari, comunque omogenee;
- Usano le risorse in maniera integrata;
- Sono presenti sia nel polo ospedaliero che territoriale.

I **dipartimenti funzionali**, invece, hanno come obiettivo quello di promuovere il governo dei processi orizzontali tra ospedale e territorio delle ASST:

- Sono costituiti da strutture complesse e semplici in cui non si realizza la gestione diretta delle risorse, che viene effettuata nell'ambito dei dipartimenti gestionali, ai quali fanno riferimento le strutture complesse;
- Assumono il ruolo di responsabili della corretta tenuta dei PDTA e/o della presa in carico dei pazienti e delle persone croniche e fragili;
- Tali aspetti funzionali possono essere realizzati o attraverso l'istituzione di un ambito dipartimentale o avvalendosi di figure professionali dedicate (*process owner*) che rispondono direttamente alla direzione sociosanitaria;
- La costituzione di un eventuale dipartimento funzionale deve essere accompagnata da una sua strutturazione con figure professionali in grado di garantire il perseguimento degli obiettivi assegnati.
- Il responsabile del dipartimento funzionale è identificato in un profilo di tipo medico.

Al fine di favorire l'integrazione e quindi di promuovere un'offerta di servizi equa e uniforme sul territorio regionale, si istituiscono i **dipartimenti funzionali interaziendali** delle ASST:

- Sono costituiti da strutture complesse e semplici appartenenti a diverse aziende, anche afferenti a dipartimenti gestionali, con scopo di gestione integrata di attività assistenziali erogate nelle singole aziende e al ruolo di indirizzo e di governo culturale e tecnico di alcuni settori sanitari;
- Esempi: Emergenza urgenza, Medicina trasfusionale ed ematologia, Oncologia, Cure palliative, Laboratorio.

Altro aspetto introdotto dalla riforma regionale è la funzione di **Gestione Operativa** nelle ASST, che secondo le linee guida regionali:

- È in staff alla **Direzione Generale** della ASST;
- Programma le attività ospedaliere relative a **sale operatorie, posti letto e ambulatori** e definisce l'efficiente utilizzo dei tempi di servizio (settimanale, mensile, etc.) delle suddette attività;
- Relativamente al **Pronto Soccorso**, garantisce e potenzia le capacità di previsione dell'afflusso di pazienti - utilizzando le serie storiche di dati di funzionamento del PS - al fine di attivare le azioni necessarie nei casi di afflusso superiore all'ordinario o in situazioni di sovraffollamento;



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- Pianifica in maniera efficiente la condivisione delle risorse e delle attrezzature, anche in sinergia con il Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo Aziendale (**SITRA**), con l'ingegneria clinica e col supporto dei Sistemi Informativi Aziendali.

Dalla disamina dei POAS delle aziende lombarde abbiamo rilevato che nella maggior parte dei casi la gestione operativa era effettivamente collocata alle dipendenze del DG, anche se in alcuni casi era posta sotto la direzione sanitaria o collegata gestionalmente alla DSS. In un numero limitato di casi di essa non c'è menzione nei POAS. La Gestione operativa risulta inoltre inquadrata sia come unità operativa semplice che complessa o come funzione organizzativa. I professionisti che vi lavorano in genere non sono menzionati e laddove specificato sono riportati gli ingegneri gestionali come le professionalità più coinvolte. Dall'analisi dei siti internet è stato riscontrato come altre professionalità quali infermieri e medici sono coinvolte in questa attività.

La gestione operativa è rivolta soprattutto alla gestione dei flussi in entrata e sembra disgiunta dalla gestione della dimissione. In alcune ASST essa si occupa inoltre della gestione della sala parto e dei piani di prevenzione o sovraffollamento. In riferimento alla gestione operativa, anche le audizioni regionali sottolineano come in futuro sarà opportuno prevedere protocolli di dimissione condivisi tra ospedale e servizi territoriali (POT, PreSST, sub-acute, ADI e strutture residenziali sociosanitarie).

In ogni ATS sono costituiti un **numero di distretti pari al numero delle ASST** comprese nelle ATS medesime, con competenza sul territorio corrispondente a quello del settore aziendale territoriale delle ASST e sono **articolati in ambiti distrettuali**. Di concerto con la **direzione sociosanitaria delle ASST**, tali distretti assicurano che le stesse e i soggetti erogatori del SSL, abbiano risorse sufficienti per garantire le prestazioni distrettuali.

Nell'ambito delle risorse assegnate, hanno autonomia economico-finanziaria e autonomia gestionale per:

- analizzare la **domanda del territorio** e la programmazione delle attività;
- partecipare alle azioni di governo della domanda del territorio;
- contribuire a garantire le attività di **informazione, educazione e orientamento dell'utenza**, nonché di accoglienza e presa in carico delle **persone fragili con problematiche complesse**, prestando particolare attenzione alla famiglia e al suo contesto di vita;
- coordinare la realizzazione degli interventi di **promozione della salute** e la realizzazione delle campagne di **screening**.

L'erogazione delle prestazioni è affidata alle ASST ed ai soggetti erogatori del SSL (ad eccezione di ciò che le ATS possono erogare direttamente).

L'**Agenzia di Controllo del SSL** è un ente di diritto pubblico, con autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile, dotata di un Presidente, di un collegio sindacale e di un comitato di direzione.

L'Agenzia:

- Predisporre e proporre alla giunta il piano annuale dei controlli e dei protocolli. Le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori sono, solo per tale attività, funzionalmente collegati con l'Agenzia di controllo;
- Programma e coordina gli interventi delle strutture di controllo delle ATS;
- Individua e valuta un sistema di monitoraggio improntato al rafforzamento dei controlli raffrontando dati e indicazioni per prestazioni omogenee;



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- Valuta la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione della remunerazione delle funzioni non tariffabili;
- Fornisce alla giunta elementi utili per l'aggiornamento del sistema degli indicatori di efficacia ed efficienza a supporto della programmazione.

Sintesi delle Relazioni di monitoraggio sull'attuazione delle L.R. n. 23/2015

Prima relazione di monitoraggio sull'attuazione delle L.R. n. 23/2015 del 14/12/2016.

Nella prima relazione di monitoraggio sull'attuazione delle L.R. n. 23/2015 del 14/12/2016, dopo una breve introduzione sul sistema sanitario lombardo e sulle caratteristiche della popolazione di riferimento, vengono affrontate le seguenti macro-tematiche:

- Obiettivi, nuovo assetto organizzativo e gli ambiti sperimentali della L.R. 23/2015.
- La prima attuazione della legge regionale e il nuovo assetto riorganizzativo. In particolare vengono declinati e descritti gli ambiti e le competenze delle ATS e delle ASST fornendo schemi di riferimento esemplificativi.
- Descrizione del governo dei processi orizzontali in capo alle ASST: le aziende possono usare due modalità: (i) **dipartimenti gestionali e process owner** - intercetta aggregazioni di UO/dipartimenti già ben strutturati nelle ASST. Il responsabile del processo non deve necessariamente essere un profilo medico, la responsabilità è di tipo organizzativo; (ii) **dipartimenti funzionali** - insieme di USC/SSD. Il responsabile del dipartimento funzionale è una figura medica.
- Definizione e descrizione dei **processi trasversali di cura e assistenza** che intercettano punti diversi di erogazione, quali la rete della salute mentale, rete integrata materno infantile (RIMI), rete integrata per la continuità clinico assistenziale (RICCA) e reparti/divisioni preposti a processi specifici (es. percorsi oncologici, riabilitativi etc).
- Introduzione e implementazione nella rete territoriale di due nuove unità d'offerta:
 - **PreSST**: Presidi socio sanitari territoriali: evoluzione dei distretti o poliambulatori, con forte impegno sulla presa in carico e forte integrazione sull'area sociosanitaria;
 - **POT**: Presidi ospedalieri territoriali: può derivare da un ospedale per acuti o una casa di cura dedicata alle cure per acuti.
- Definizione della **RSA aperta**: evoluzione degli interventi erogabili dalle RSA in una logica di multiservizi per una presa in carico integrata della persona al proprio domicilio. Si rivolge a persone con demenza e a quelle non autosufficienti dai 75 anni in poi, individua un *care manager* che è garante dell'attuazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e dei rapporti con l'ATS e la rete di servizi territoriali. Remunerazione tramite *voucher* correlati all'intensità del bisogno. Gli enti gestori di RSA che si sono candidati sono 314 sul territorio regionale.
- Riorganizzazione del **Dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria a livello dell'ATS** come dipartimento gestionale con cinque unità organizzative complesse, mentre l'attività vaccinale (universale, categorie a rischio, profilassi internazionale) è trasferita alle ASST, alle dipendenze della direzione sanitaria.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Seconda relazione di monitoraggio sull'attuazione della regionale n. 23/2015 – primo semestre 2017 del 20/06/2017.

La seconda relazione è incentrata sulla presa in carico dei pazienti cronici e fragili, definendo in particolare:

- Le **modalità di stratificazione della domanda** e identificazione della popolazione cronica e fragile.
- Le modalità di accesso al percorso di presa in carico dei pazienti cronici con particolare attenzione alle modalità di accesso e agli attori coinvolti (**gestore** e co-gestore) e vantaggi attesi dall'introduzione di questo nuovo modello organizzativo e di *governance*.
- Le nuove unità di offerta per la presa in carico di tali pazienti (**PreSST** e **POT**), quindi i requisiti minimi strutturali, organizzativi e le attività erogabili.
- La tariffa e le risorse disponibili per la presa in carico, così come i sistemi di monitoraggio e controllo.

Terza Relazione di monitoraggio sull'attuazione della regionale n. 23/2015 – secondo semestre 2017-primo semestre 2018 del 16/10/2018.

La terza relazione raccoglie quanto fatto nell'ambito della sperimentazione nei 12 mesi a cavallo tra il 2017 e il 2018, descrivendo:

- Il ruolo della Giunta nel fornire alle ATS indicazioni operative integrative per la valutazione dell'**idoneità** dei soggetti candidati alla presa in carico, ovvero gestori, co-gestori ed erogatori (DGR n. X/7038 del 03/08/2017). Vengono inoltre riportati i dati di adesione e idoneità disponibili al primo semestre 2018: 2.575 (48% del totale) MMG; 402 (36% del totale) PLS; 294 gestori disponibili; 1.072 strutture erogatrici tra ASST, IRCCS pubblici, IRCCS privati, ASP, strutture sanitarie e/o sociosanitarie accreditate.
- L'implementazione della DGR n. X/7600 del 20 dicembre 2017, con la quale vengono introdotti i percorsi di accompagnamento alla fragilità e il concetto di qualità di accompagnamento, istituendo con questo punto un meccanismo di premialità per il gestore per il quale l'ATS attesti l'appropriatezza, l'efficacia e i benefici sia per il cittadino che per il sistema. Ultimo punto affrontato dalla DGR è quello della prevenzione nel contesto delle malattie croniche, come punto centrale nella gestione e nella definizione di un percorso per questa popolazione di pazienti.
- Le modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile (DGR n. X/7655 del 28 dicembre 2017) con particolare attenzione alle modalità di arruolamento dei pazienti (lettera a casa, istituzione del *Contact Center* Regionale).
- L'approvazione del *fac-simile* del **patto di cura** (a luglio 2018: 261.269 patti di cura sottoscritti e 174.538 PAI redatti).
- Il ruolo e la figura del *clinical manager*, come colui/colei che deve occuparsi in modo completo di tutte le sezioni del PAI, anche di quella **farmaceutica**. A questo proposito viene introdotta la *App SALUTILE*, uno strumento digitale per prendere visione delle proprie ricette dematerializzate presenti nel proprio Fascicolo Sanitario Elettronico.
- Le soluzioni informatiche implementate e in corso di implementazione per favorire una gestione integrata del paziente cronico tra i diversi attori del sistema e i diversi *setting* assistenziali.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- L'approvazione del *fac-simile* di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e gestori (soggetti accreditati e a contratto e MMG/PLS in forma aggregata).
- Scenari futuri: specificare il ruolo di MMG/PLS in forma singola che assumono il ruolo di redattori e responsabili clinici del PAI, ovvero di *clinical manager*.

Quarta relazione di monitoraggio sull'attuazione della regionale n. 23/2015 – secondo semestre 2018 del 29/01/2019.

Nella quarta relazione relativa agli interventi implementati nella seconda metà del 2018 vengono descritti diversi ambiti di intervento finalizzati a un'ulteriore fase di implementazione del modello proposto dalla nuova riforma. In particolare risalgono a questo semestre i seguenti interventi:

- Definizione delle modalità di **trattamento dei dati** personali relativi a pazienti cronici e fragili;
- Precisazioni del ruolo di MMG/PLS nel processo di presa in carico e adesione al nuovo modello organizzativo;
- Chiarimenti sulla **remunerazione** del PAI e delle prestazioni previste nel PAI: in una prima fase di sperimentazione prevista secondo il metodo del finanziamento a prestazione e, successivamente, omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito;
- Chiarimenti sui **sistemi informativi integrati** per l'avvio del percorso nel caso di presa in carico da parte di MMG/PLS *clinical manager* in forma singola;
- Chiarimenti sullo **scambio informativo tra enti e sincronizzazione del prescritto-prenotato-erogato**, erogazione e rendicontazione di prestazioni previste nel PAI;
- Condivisione e validazione degli algoritmi di stratificazione della domanda di salute nell'ambito del *Network* delle Regioni;
- Coinvolgimento delle **farmacie** per l'aderenza terapeutica al PAI;
- Inclusione nel PAI di una sezione relativa agli **stili di vita** e ai **fattori di rischio**;
- Descrizione di modalità e tempistiche del piano di monitoraggio e controllo della presa in carico.

Quinta relazione di monitoraggio sull'attuazione della regionale n. 23/2015 – gennaio-luglio 2019 del 30/07/2019.

La quinta e ultima relazione è per lo più incentrata sul tema della presa in carico del paziente cronico, affrontando i seguenti punti:

- Approvazione della **Pre-intesa sull'Accordo Integrativo Regionale MMG** (esempio con aumento da 10 a 15 euro della remunerazione del PAI 2019);
- Riconoscimento al **MMG del ruolo di clinical manager**, cioè di diretto referente clinico dei propri assistiti e come tale redattore del PAI;
- Rinnovo automatico annuale del PAI;



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- **Arruolamento proattivo dei soggetti cronici** sia da parte dei MMG/PLS per i loro assistiti, sia da parte dei centri specialistici ospedalieri per i pazienti mono/polipatologici complessi;
- Definizione da parte della Direzione Generale *Welfare*, in coordinamento con le ATS, delle variabili da utilizzare per **integrare gli attuali algoritmi di stratificazione** con elementi utili a individuare le situazioni a maggiore rischio di fragilità clinica e di vulnerabilità sociale (algoritmi aggiornati al 31 dicembre 2018);
- Pubblicazione delle linee guida per lo svolgimento e la remunerazione delle prestazioni previste nei PAI erogabili dal *clinical manager* MMG/PLS in studio con l'ausilio della **telemedicina**. Ovvero, alcuni esami potranno essere svolti all'interno dello studio del MMG/PLS che, se in possesso delle competenze e della specializzazione nella disciplina medica per la quale si intendono erogare le prestazioni specialistiche, potrà anche refertare il risultato dell'esame. Le ATS dovranno accogliere le manifestazioni di interesse a partecipare alla erogazione di dette prestazioni da parte dei medici operanti nel territorio di competenza e verificare la sussistenza dei requisiti strutturali, tecnologici e professionali dell'operatore;
- Pubblicazione del *Facsimile* patto di cura strutture sanitarie pubbliche/private e cooperative;
- Pubblicazione del *Facsimile* patto di cura in caso di MMG/PLS in forma singola;
- Scambio informativo tra gestori, MMG/PLS, ATS – servizio EPIC (Eventi Presa In Carico), strumento che controlla e rende disponibili le informazioni che riguardano la presa in carico del cittadino come prescrizioni, prenotazioni, erogazioni, anagrafica, etc.;
- Definizione delle modalità di monitoraggio e controllo del modello di presa in carico (indicatori descrittivi, indicatori di processo, indicatori di risultato e indicatori di *customer satisfaction*) da parte dell'ATS; tale attività è propedeutica alla remunerazione.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

L'analisi dei dati

Fonte dati

Il presente lavoro ha previsto l'analisi complessiva di 81 indicatori, afferenti alle aree della prevenzione, dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera. Gli indicatori rispettano i criteri di calcolo condivisi dal *Network* delle Regioni, coordinato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (Nuti et al. 2016, 2018, 2019)² e si avvalgono di una pluralità di flussi di dati di tipo amministrativo (a titolo non esaustivo: Flusso SDO, Flusso prestazioni ambulatoriali, Flussi coperture vaccinali, Flusso AD RSA, Flusso Pronto Soccorso, Flussi Farmaceutica).

Gli indicatori sono stati calcolati dagli elaboratori della Regione Lombardia, con livello di granularità regionale e aziendale.

Gli indicatori sono stati selezionati in virtù della loro capacità di offrire un contributo informativo rispetto all'analisi della Riforma del Sistema Sanitario di Regione Lombardia. Sono stati generalmente prediletti indicatori "di valutazione", ovvero indicatori solidi e maturi, con criteri di calcolo consolidati e rispetto ai quali le Regioni abbiano negli anni concordato degli standard di valutazione.

Il processo di confronto tra la Regione Lombardia, l'AGENAS e la Scuola Superiore Sant'Anna ha previsto l'aggiornamento degli indicatori all'anno 2019, la copertura di alcune lacune nelle serie storiche dei dati (2014-2019) e la correzione di alcune anomalie nei dati stessi.

Ad integrazione degli 81 indicatori, la Regione Lombardia ha prodotto evidenze inerenti a:

- la valutazione dell'effetto della Presa in Carico (PiC);
- i volumi di attività riferiti alla presa in carico territoriale;
- gli indicatori BDA (Banca dati Assistito).

Nell'ambito del *Network* delle Regioni, la Lombardia ha fornito al Laboratorio MeS e alle altre Regioni interessate gli algoritmi per l'identificazione dei casi prevalenti di patologie croniche (Banca Dati Assistito). Questi algoritmi consentono di classificare gli assistiti in base all'appartenenza a categorie clinico-epidemiologiche definite e si basano sulla rilevazione di «traccianti» derivanti dai flussi amministrativi sanitari (esenzioni, ricoveri ospedalieri, specialistica ambulatoriale, farmaceutica).

L'individuazione di coorti omogenee di assistiti permette l'elaborazione di indicatori per patologia, calcolati non sull'intera popolazione ma sulla coorte specifica di pazienti.

Nell'ambito del *Network* delle Regioni è stato testato un primo set di indicatori, relativi alla presa in carico di assistiti affetti da scompenso cardiaco.

Si tratta di tre indicatori:

- 1) Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con due o più assunzioni di beta-bloccanti durante l'anno;
- 2) Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con due o più assunzioni di ace inibitori o sartani durante l'anno;
- 3) Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con almeno un ecocardiogramma durante l'anno.

² Per approfondimenti: www.performance.santannapisa.it



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Metodologia di analisi

L'analisi dell'impatto della riforma è stata condotta su 34 degli 81 indicatori del Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari Regionali (*Network* delle Regioni). Gli indicatori sono stati selezionati in virtù della loro affidabilità, confrontabilità e capacità di offrire un contributo informativo rispetto all'analisi in oggetto. Sono stati selezionati – tra gli 81 indicatori disponibili – quelli rispetto ai quali il *Network* delle Regioni abbia condiviso standard di valutazione.

Per ogni indicatore è stato confrontato il dato della Lombardia (caso) con il dato della Toscana e del Veneto (controlli) nei periodi *pre* (anni 2014-2017) e *post* (anni 2018-2019) introduzione della riforma. Le due regioni di controllo sono state individuate in virtù non solo della disponibilità dei dati in serie storica, ma anche per la relativa comparabilità con la Regione Lombardia in termini di dimensione geografica, complessità organizzativa e *performance* storiche, così come rilevate anche da altri sistemi di valutazione della *performance* dei sistemi sanitari regionali, quali la Griglia LEA.

L'analisi si è quindi avvalsa di un modello lineare *panel* ad effetti fissi, in cui è stata introdotta la variabile «effetto riforma», data dall'interazione tra la *dummy* pre-post riforma (=1 se anni 2018-2019, 0 se 2014-2017) e *dummy* relativa al trattamento (=1 se Lombardia, 0 se Toscana e Veneto), per valutare l'effetto della Riforma Lombardia negli anni 2018 e 2019. Sono quindi stati esclusi dall'analisi gli indicatori per i quali non fossero disponibili in dati per i “controlli”, per alcune annualità.

Il segno del coefficiente “effetto” e la sua significatività ci danno indicazione sul possibile effetto della *policy* (Wing, Simon, and Bello-Gomez 2018). Per una corretta stima dell'effetto riforma, per ogni modello, oltre ai classici test relativi all'adeguatezza del modello, è stata testata anche l'ipotesi di *trend* parallelo nel periodo pre-trattamento: questa richiede che, in assenza di trattamento, la differenza tra il gruppo “trattamento” e “controllo” sia costante nel tempo. L'effetto riforma va nondimeno interpretato con cautela, perché potrebbero esserci altri fattori che il modello non può controllare ma che potrebbero ugualmente aver indotto il cambio di *trend* degli indicatori.

Per aumentare ulteriormente la robustezza dell'indagine, è stata inoltre effettuata un'analisi di sensibilità, andando a escludere dai modelli i dati riferiti agli anni 2016 e 2017. Questa impostazione assume che la riforma della Regione Lombardia abbia richiesto un biennio di assestamento e test quindi la tenuta dei risultati precedentemente ottenuti rispetto all'ipotesi invece di un confronto tra il biennio 2014-2015 e il biennio 2018-2019 (escludendo quindi dall'analisi il biennio 2016-2017).



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Risultati

Di seguito sono riportati i risultati sintetici dei modelli per i 34 indicatori:

Indicatore	Test sul modello: verificati	Coefficiente dello stimatore "effetto"	Segno dello stimatore "effetto"
B7.1-Copertura per vaccino MPR	NO		
B7.5-Copertura per vaccino antimeningococcico	NO		
B7.6-Copertura per vaccino antipneumococcico	NO	Non Significativo	
C1.1-Tasso di osped. per 1.000 res. std per età. e sesso	SI	Significativo (p<0.01)	Negativo, Miglioramento
C1.1.1-Tasso di osped. std (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 res.	SI	Significativo (p<0.05)	Negativo, Miglioramento
C1.1.1.1-Tasso osped. DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 res. std per età. e sesso	SI	Significativo (p<0.10)	Negativo, Miglioramento
C1.1.2.2.1-Tasso std di prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale	SI	Non Significativo	
C7.7-Tasso di osped. in età pediatrica per 100 res. (< 14 anni)	SI	Non Significativo	
C18.1-Tasso di osped. per interv. di tonsillectomia std per 100.000 res.	SI	Non Significativo	
C18.5-Tasso di osped. per interv. di sostituzione di anca std per 100.000 res.	SI	Non Significativo	
C18.6-Tasso di osped. per interv. di stripping vene std per 100.000 res.	SI	Non Significativo	
C18.7-Tasso di osped. per interv. di angioplastica coronarica percutanea std per 100.000 res.	NO	Non Significativo	
C18.9-Tasso di osped. per interv. di isterectomia std per 100.000 res.	NO	Non Significativo	
B28.1.1-Percentuale di anziani in Cure Domiciliari	NO	Non Significativo	
B28.1.2-Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione	SI	Significativo (p<0.01)	Negativo, Peggioramento
B28.2.9-Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari	NO	Non Significativo	
C11A.1.1-Tasso osped. per Scompenso Cardiaco per 100.000 res. (50-74 anni)	SI	Non Significativo	
C11A.2.1-Tasso di osped. per Diabete globale per 100.000 res. (35-74 anni)	SI	Significativo (p<0.01)	Negativo, Miglioramento
C11A.2.4-Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di res. (triennale)	NO		
C11A.3.1-Tasso di osped. per BPCO per 100.000 res. (50-74 anni)	SI	Non Significativo	
C8D.1-Tasso di osped. std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 res.	NO	Non Significativo	
C13A.2.2.1-Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 res. (>= 65 anni)	SI	Non Significativo	
C13A.2.2.2-Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	NO	Non Significativo	
C14.2A-Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 res. (Griglia LEA)	SI	Non Significativo	
C7.7.1-Tasso di osped. nel primo anno di vita per 100 res. (< 1 anno)	NO	Non Significativo	
C4.8-DRG Lea medici: tasso di osped. per 10.000 res. (patto per la salute 2010-2012)	SI	Non Significativo	
C8B.1-Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 res. std per età. e sesso	NO	Non Significativo	
C8B.2-Tasso di osped. dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 res.	NO	Non Significativo	
C9.2-Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipilipemizanti)	NO	Non Significativo	
C9.4-Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio	SI	Non Significativo	
C9.8.1.1-Consumo di antibiotici sul territorio	SI	Non Significativo	
C9.8.1.1.1-Consumo di antibiotici in età pediatrica	NO	Non Significativo	
C9.9.1.1-Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	SI	Non Significativo	
C9.8.1.1.2-Consumo di cefalosporine in età pediatrica	SI	Non Significativo	

Sono 5 gli indicatori per i quali congiuntamente 1) è assolta la condizione di *trend* parallelo nel periodo pre-trattamento, 2) il modello statistico risulta appropriato e 3) si registra un effetto riforma statisticamente significativo.

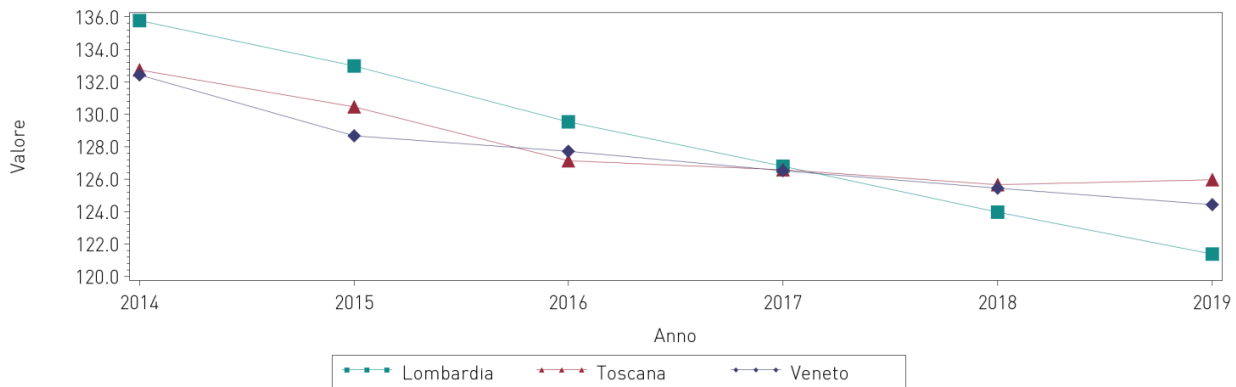
La riforma risulta associata ad una maggiore contrazione del tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (indicatore C1.1), del tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti (indicatore C1.1.1), del tasso di ospedalizzazione per DRG Medici acuti (0-64 anni) per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (C1.1.1.1) e del tasso di ospedalizzazione per diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni) (indicatore C11a.2.1).

La riforma risulta di converso associata ad un peggioramento dell'andamento dell'indicatore B28.1.2 – "Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione".

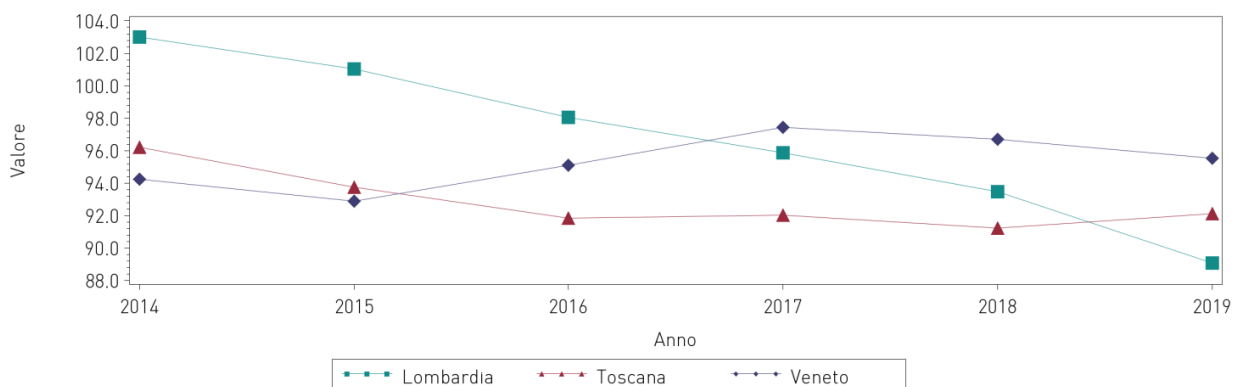


Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

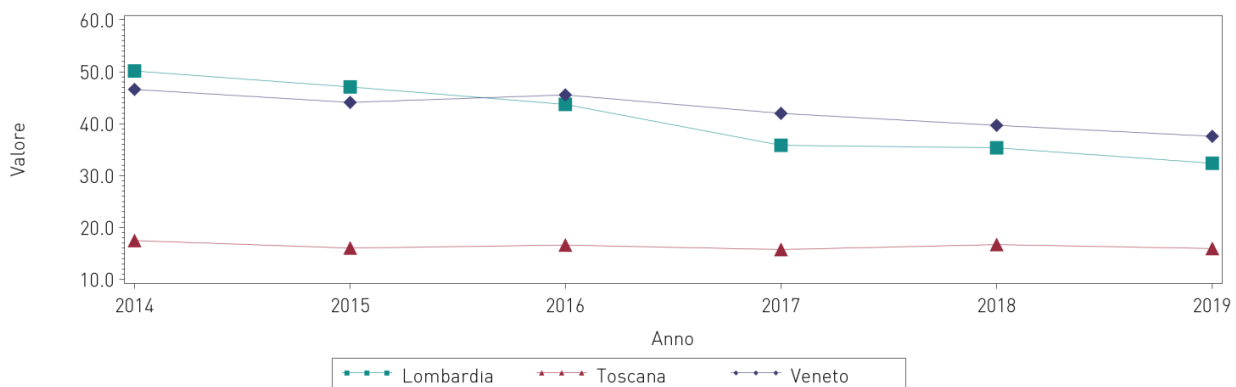
C1.1 - Tasso ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso
Trend 2014-2019



C1.1.1 - Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso
Trend 2014-2019

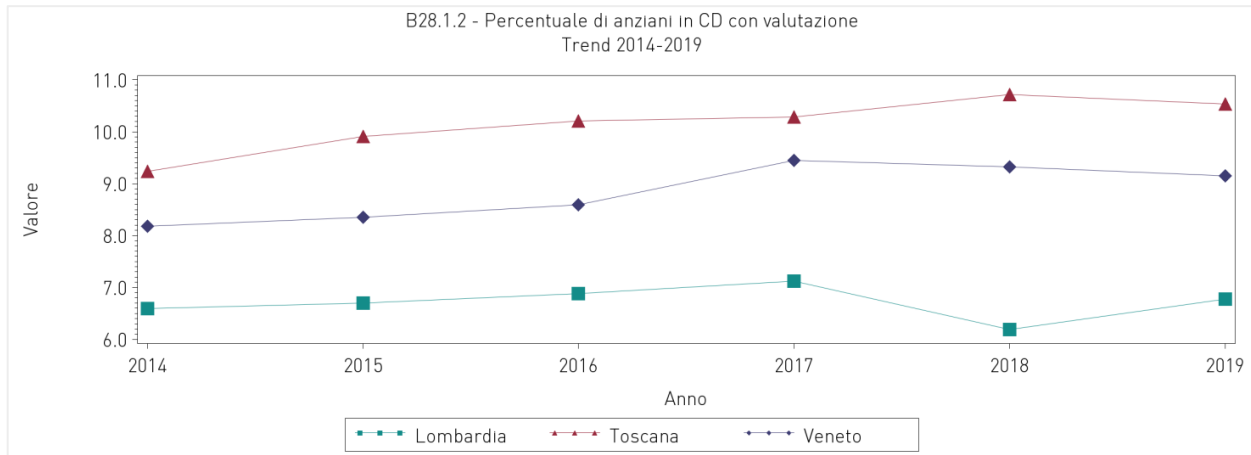


C11A.2.1 - Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)
Trend 2014-2019

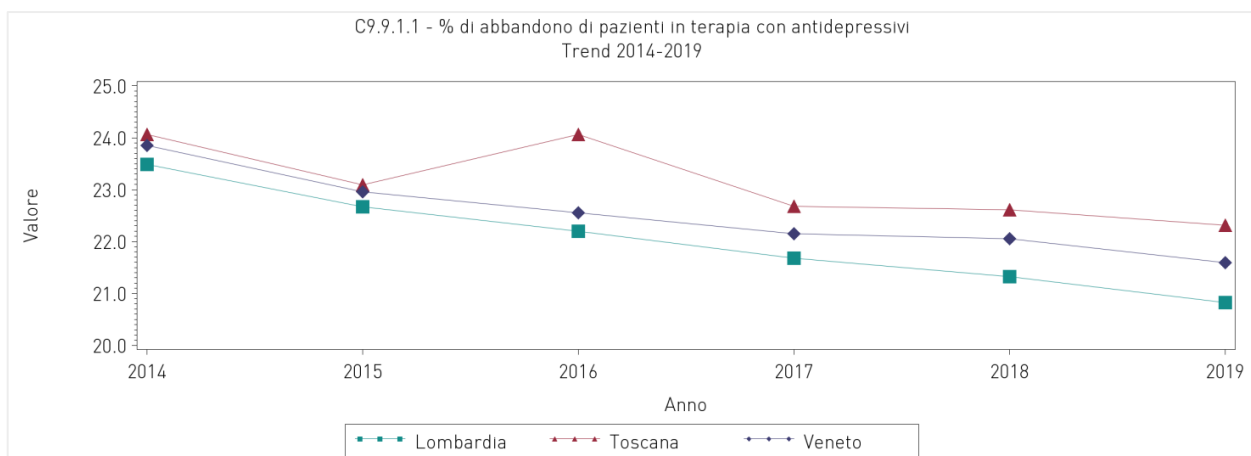




Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



L'analisi di sensibilità conferma i risultati precedentemente ottenuti e rileva un effetto riforma, in senso migliorativo, rispetto a un ulteriore indicatore: percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi (C9.9.1.1).



Commenti preliminari

Complessivamente si registra un effetto riforma statisticamente significativo su un numero piuttosto ristretto di indicatori (4 dei 34 analizzati).

La riforma sembra aver contribuito ad una ulteriore contrazione del ricorso da parte dei residenti lombardi al *setting* ospedaliero (indicatori C1.1 e C1.1.1). I grafici riportati mostrano come in Regione Lombardia il *trend* discendente si sia mantenuto negli anni in esame, mentre abbia subito una battuta di arresto dopo il 2017 nelle regioni di controllo.

Gli stessi *Rapporti SDO*, curati dal Ministero della Salute, confermano che tra il 2012 e il 2018 la Regione Lombardia ha registrato una contrazione nell'erogazione di circa 132.000 ricoveri acuti (regime ordinario – strutture pubbliche e private accreditate) per i propri residenti. I ricoveri complessivamente erogati in Regione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

si riducono invece nello stesso periodo di circa 121.000 unità, grazie a un incremento di circa 10.000 ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva) (Ministero della Salute 2020).

Attività per Acuti in Regime ordinario (Tavola 5.22)

Fonte: Rapporti SDO - Ministero della Salute

Regione Lombardia

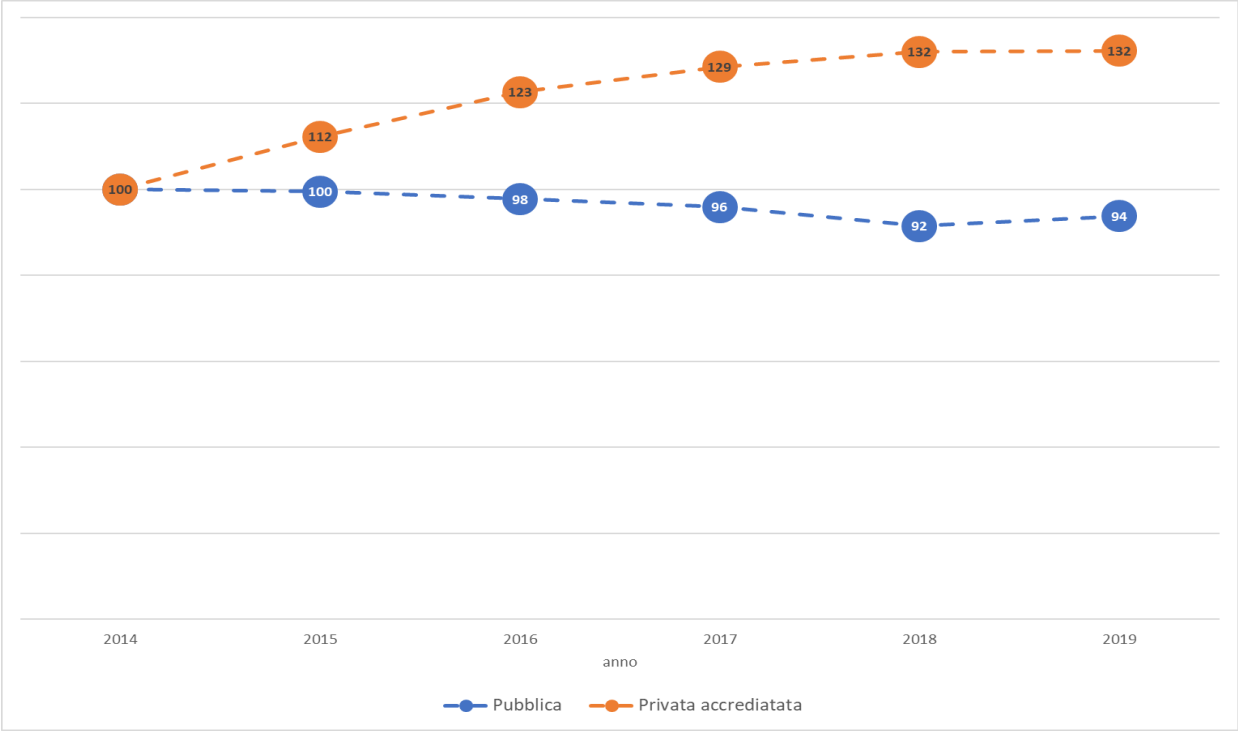
Anno	Totale erogati	Ricoveri per residenti lombardi	Mob. attiva	Mob. passiva	Saldo
2012	1,180,331	1,074,072	106,259	40,597	65,662
2013	1,146,338	1,041,635	104,703	39,878	64,825
2014	1,106,839	1,003,560	103,279	39,957	63,322
2015	1,101,940	992,005	109,935	40,664	69,271
2016	1,090,642	975,534	115,108	40,586	74,522
2017	1,078,209	960,976	117,233	41,366	75,867
2018	1,059,146	942,454	116,692	41,745	74,947
2018-2012	-	121,185	-	131,618	10,433
					1,148
					9,285

In riferimento specifico all'incremento della mobilità attiva, questo è stato assorbito, in buona misura, dalle strutture del privato accreditato, con un aumento dei volumi del 32% tra il 2014 e il 2019. Viceversa le strutture pubbliche hanno fatto registrare una contrazione dei volumi per residenti di altre regioni (-6%, tra il 2014 e il 2019) (elaborazioni AGENAS su dati SDO Ministero della Salute). Le elaborazioni includono tutti gli episodi di ricovero, incluso il nido e le post acuzie.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Andamento mobilità attiva per tipo di struttura (base indice 2014 = 100)

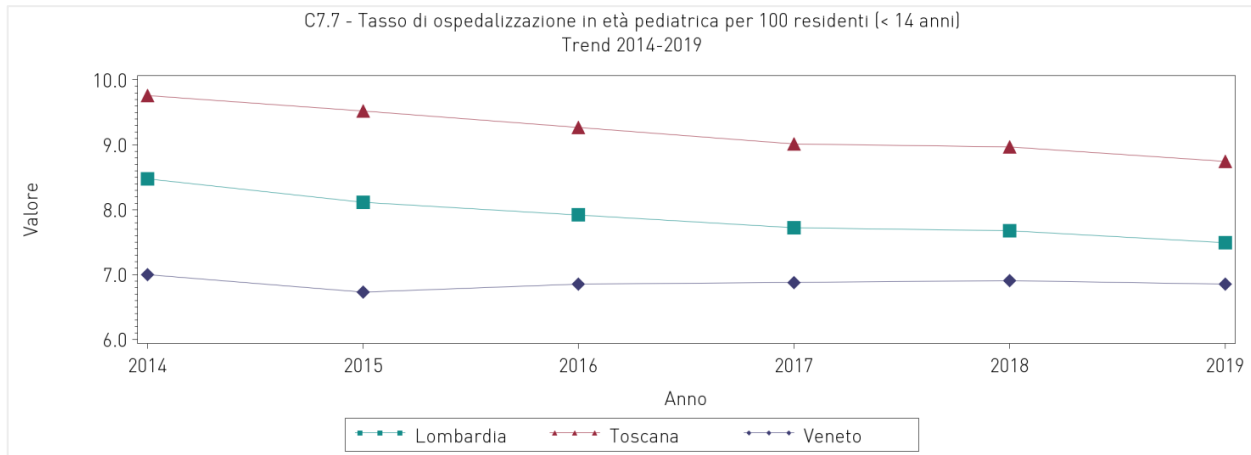


Tipo struttura	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Pubblica	66.203	65.894	64.734	63.537	60.582	62.105
Privata accreditata	90.351	101.458	110.811	116.108	119.278	119.489
Totale	158.568	167.352	175.545	179.645	179.860	181.594

Non sembra aver contribuito alla riduzione del tasso di ospedalizzazione un maggiore ricorso alle prestazioni ambulatoriali chirurgiche, indicatore per il quale l’effetto riforma non è statisticamente significativo. Parimenti non sembra aver contribuito alla riduzione del tasso di ospedalizzazione la casistica pediatrica, altro indicatore per il quale l’effetto riforma non è statisticamente significativo.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Per quanto concerne nello specifico la casistica medica, non sembrano emergere evidenze forti in riferimento a indicatori puntuali quali il tasso di ospedalizzazione standardizzato per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti (indicatore C8D.1) e il tasso di ospedalizzazione per DRG LEA medici (indicatore C4.8), mentre si registra un effetto riforma per quanto concerne il tasso di ospedalizzazione per DRG medici (0-64 anni) (indicatore C1.1.1.1) e il tasso di ospedalizzazione per diabete (35-74 anni, indicatore C11a.2.1).

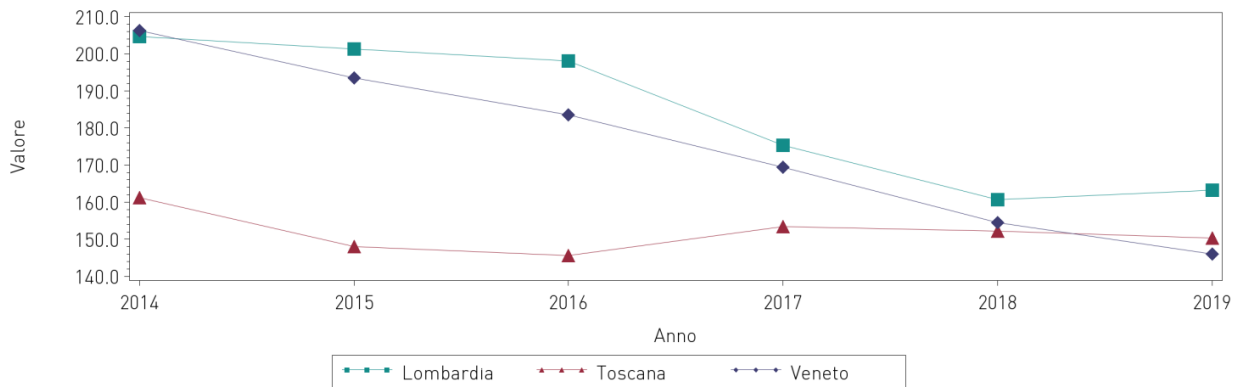
Questo suggerisce che la riforma lombarda abbia contribuito a contenere il ricorso da parte dei residenti lombardi al ricovero ospedaliero attraverso un recupero in termini di appropriatezza proprio della casistica medica. Il ricorso a nuovi modelli di presa in carico della casistica cronica potrebbe in questo senso aver supportato una migliore gestione del percorso assistenziale e di conseguenza un minor bisogno di accesso alle strutture ospedaliere. Alcune prime evidenze sembrano supportare l'ipotesi: nel paragrafo successivo viene descritto lo studio condotto dalla Regione Lombardia (Osservatorio Epidemiologico), volto a indagare l'efficacia del modello di Presa in Carico.

Questa ipotesi parrebbe suffragata dal calo specifico del tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (C11a.1.1), di quello per broncopneumopatia cronica ostruttiva (C11a.3.1) e di quello per amputazioni maggiori per diabete (C11a.2.4), per quanto per i tre indicatori non emerga un effetto riforma statisticamente significativo.

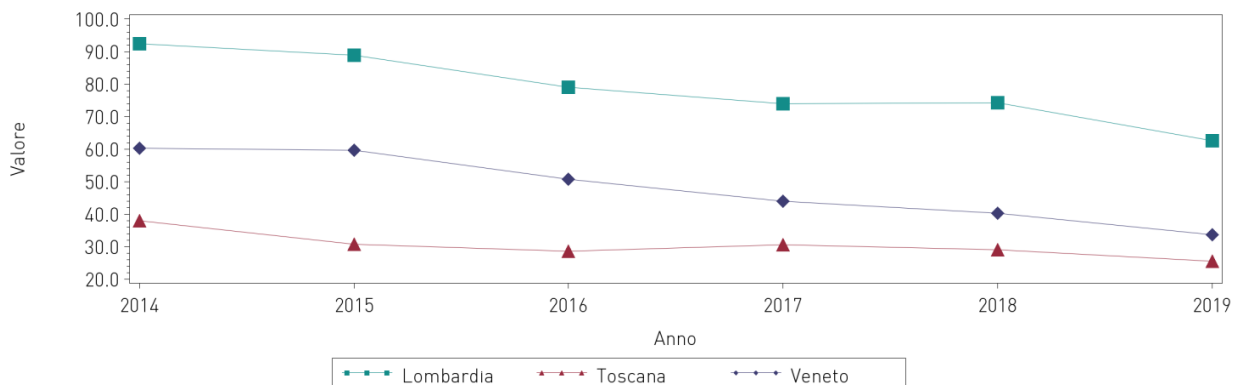


Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

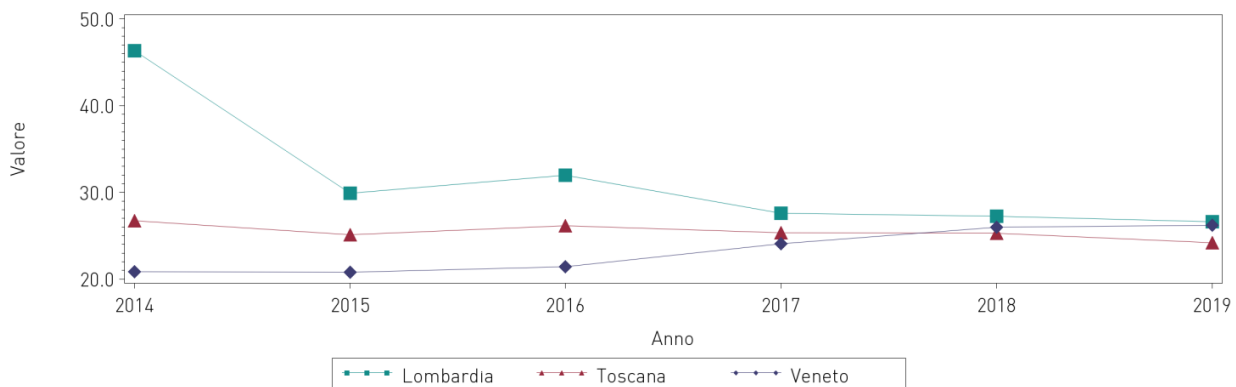
C11A.1.1 - Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
Trend 2014-2019



C11A.3.1 - Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
Trend 2014-2019



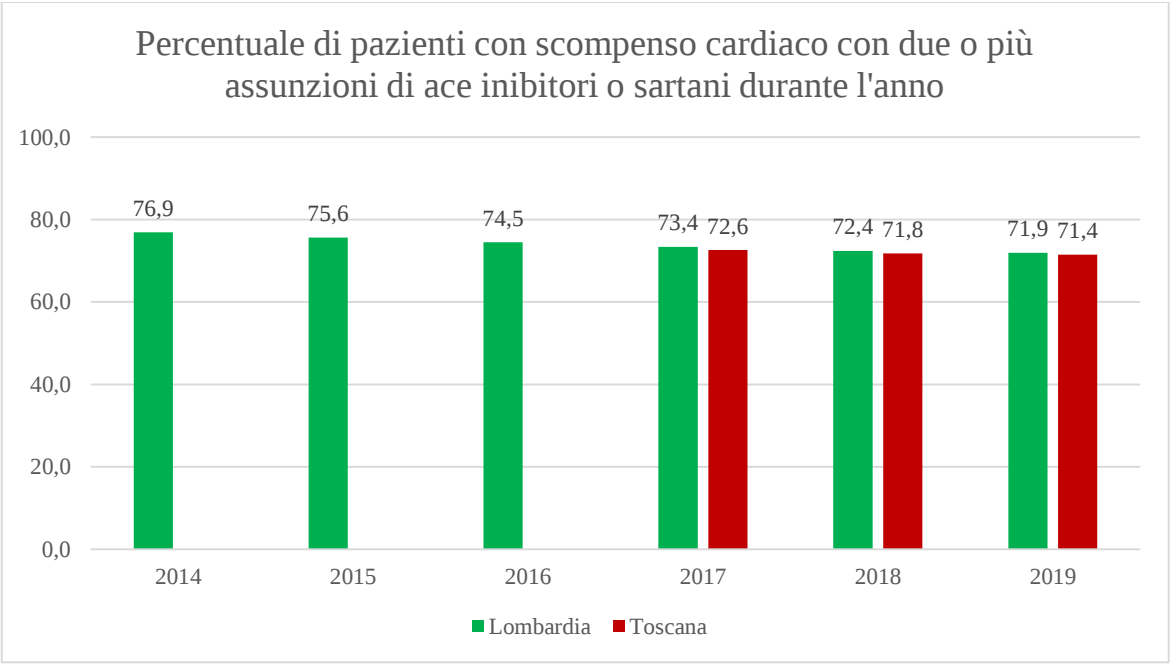
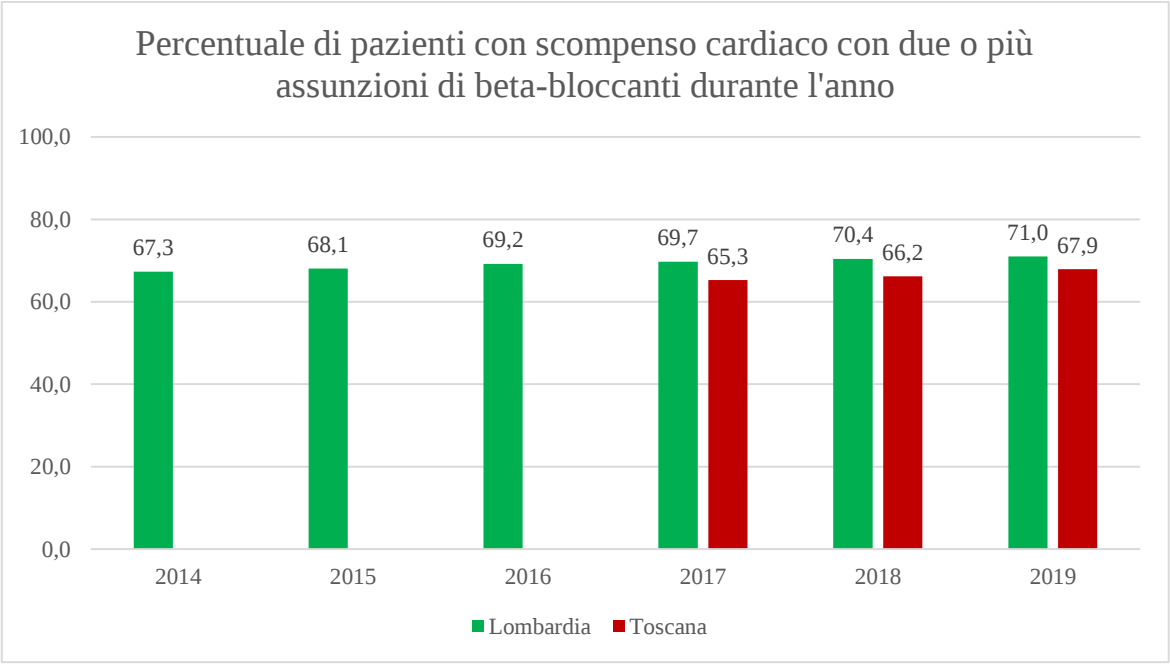
C11A.2.4 - Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti
Trend 2014-2019





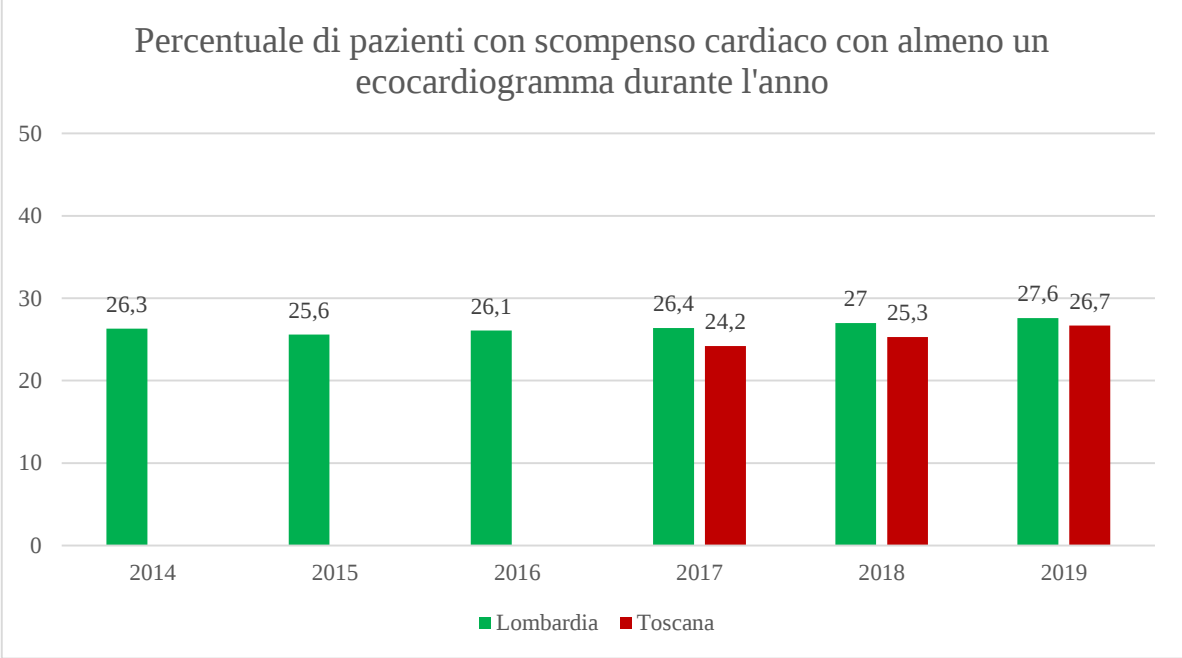
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Gli indicatori di processo disponibili sembrano confermare il *trend*. In particolar modo, gli indicatori BDA sopra descritti – Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con due o più assunzioni di beta-bloccanti durante l’anno; Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con due o più assunzioni di ace inibitori o sartani durante l’anno; Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con almeno un ecocardiogramma durante l’anno – non permettono l’applicazione dell’analisi statistica sopra descritta, per assenza di una serie storica sufficientemente estesa, ma purtuttavia suggeriscono una performance complessivamente stabile, allineata con quella di Regione Toscana.



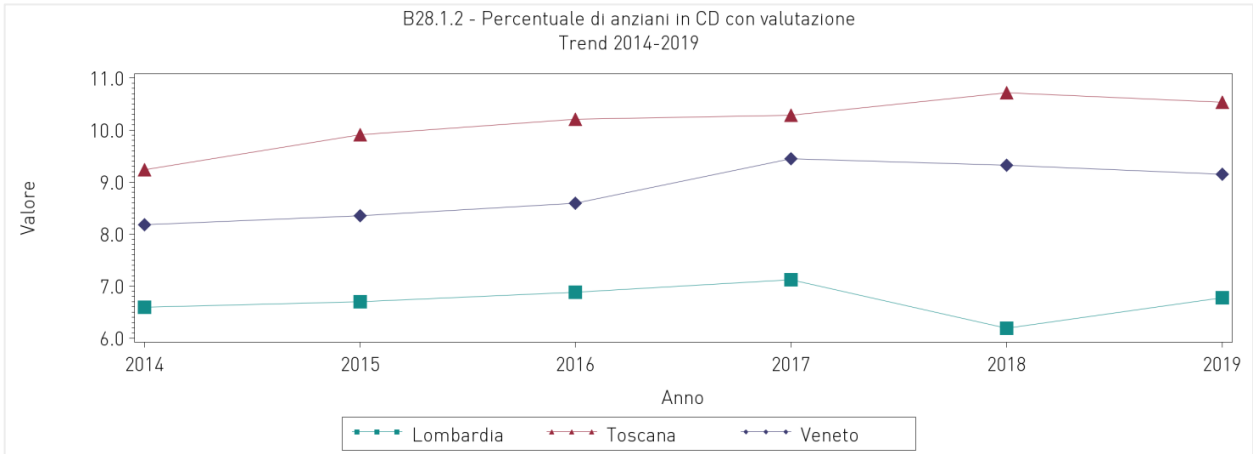


Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Va in questa direzione anche il risultato ottenuto limitando l’analisi al confronto tra i bienni 2014-2015 (pre-riforma) e 2018-2019 (post-riforma): l’impatto della riforma rispetto alla riduzione della percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi suggerisce un potenziale miglioramento della presa in carico anche nell’ambito della salute mentale.

In riferimento all’assistenza domiciliare integrata (indicatore B28.1.2), questa non sembra invece aver contribuito alla riduzione del tasso di ospedalizzazione, ma è anzi l’unico indicatore per cui si registri un effetto riforma in senso peggiorativo.

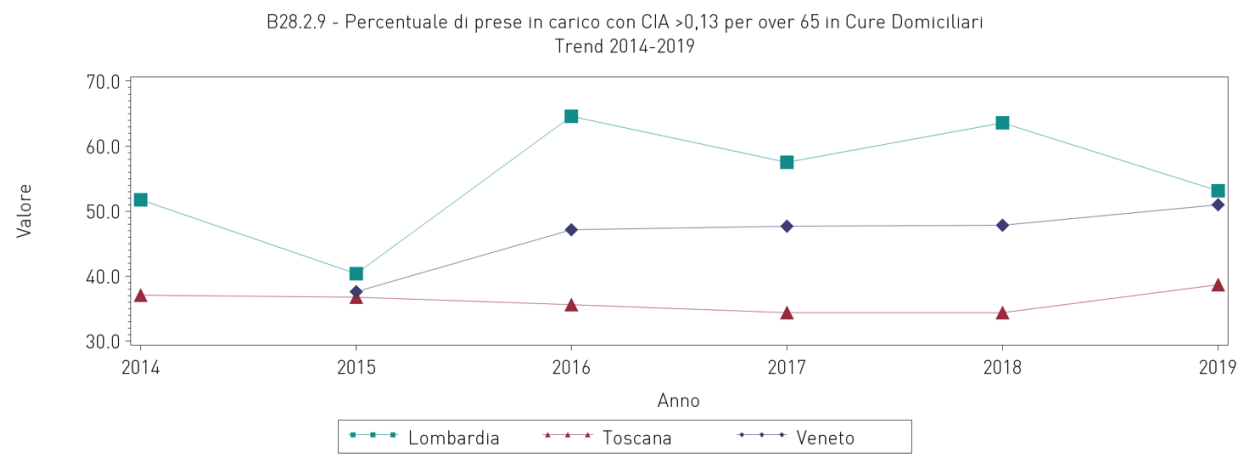
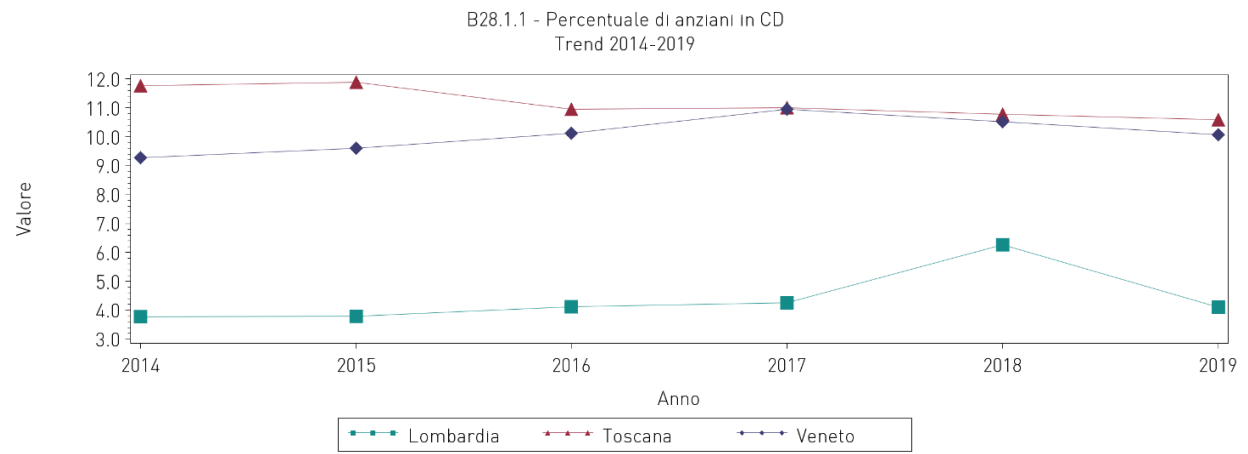


Confermano l’esigenza di un rafforzamento dell’assistenza domiciliare due indicatori per i quali non si registra un effetto riforma statisticamente significativo ma che possono ulteriormente contribuire alla lettura del fenomeno. Mentre l’estensione dell’assistenza domiciliare (indicatore B28.1.1 – Percentuale di anziani in cure domiciliari) si conferma inferiore alle regioni di controllo e complessivamente stabile nel periodo temporale in esame, l’intensità dell’assistenza domiciliare (indicatore B28.2.9 – Percentuale di prese in carico con CIA



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

>0.13 per pazienti con più di 65 anni in cure domiciliari) è superiore in Lombardia rispetto alle regioni controllo ma tende ad allinearsi ad esse nel 2019.



Approfondimento sulla variabilità

L’obiettivo di ogni sistema sanitario non è esclusivamente quello di aumentare la qualità dell’assistenza offerta ma anche quello di minimizzare la cosiddetta “variabilità evitabile”, ovvero quelle disomogeneità geografiche nel livello e nella qualità dei servizi sanitari, non imputabili alle preferenze dei pazienti o della collettività, quanto piuttosto a problemi di inappropriately clinico-organizzativa, a squilibri non giustificati nell’allocazione delle risorse o più in generale a fenomeni di iniquità (Nuti and Seghieri 2014; Nuti and Vainieri 2014; Wennberg 1999, 2002; Wennberg and Gittelsohn 1973).

Per questo motivo, l’analisi del *trend* degli indicatori su scala regionale, come sopra riportato, è stata affiancata da un’indagine dell’andamento della variabilità intra-regionale dei 34 indicatori in esame. Il confronto è quindi stato effettuato a livello di ATS. La variabilità è espressa attraverso il coefficiente di variazione (calcolato come il rapporto tra la deviazione standard di ogni indicatore in ogni anno e il valore assoluto della media dei



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

valori delle 8 ATS per ogni indicatore per ogni anno), un indice di dispersione che permette di confrontare misure di fenomeni riferite a unità di misura differenti.

In riferimento all'anno 2019 (tabella *infra*), rileva notare come tra gli indicatori che registrano la maggiore variabilità infra-regionale (primo terzile del coefficiente di variazione) sono inclusi sia gli indicatori indiretti sulla presa in carico delle patologie croniche, sia gli indicatori attinenti all'assistenza domiciliare.

Gli ambiti rispetto ai quali si registra invece la minore variabilità infra-regionale nel 2019 pertengono, oltre all'area farmaceutica e a quella vaccinale, gli indicatori inerenti al tasso di ospedalizzazione, ovvero gli indicatori per i quali si è precedentemente notato un effetto riforma in senso migliorativo.

	Indicatore	Coefficiente di variazione (2019)
C18.6	Tasso osp. stripping di vene	89.8
B28.1.1	Percentuale di anziani in CD	40.4
C11A.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	38.6
C14.2A	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)	38.4
B28.2.9	Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	29.9
B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione	28.1
C11A.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)	26.0
C11A.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti	23.8
C13A.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti over 65	19.5
C18.5	Tasso ospedalizzazione per interventi di sostituzione anca standardizzato per 100.000 residenti	18.4
C11A.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	18.0
C18.7	Tasso ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea (PTCA) standardizzato per 100.000 residenti	17.8
C9.4	Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)	16.8
C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti std per età e sesso	16.5
C7.7.1	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)	16.2
C8B.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti	15.3
C18.9	Tasso ospedalizzazione per interventi di isterectomia standardizzato per 100.000 residenti	15.0
C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti	14.4
C8D.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti (C16T.4)	13.7
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	13.4
C1.1.1.1	Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	11.9
C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	9.3
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	8.3
C9.2	% di abbandono di pazienti in terapia con statine	8.1
C9.9.1.1	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	7.8
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio	7.4
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	7.3
C1.1.2.2.1	Tasso di prestazioni ambulatoriali chirurgiche per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	7.3
C1.1	Tasso ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	7.1
C13A.2.2.2	% pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	6.7
C8B.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	6.2
B7.5	Copertura vaccinale antimeningococcica	1.3
B7.6	Copertura vaccinale antipneumococcica	1.0
B7.1	Copertura per vaccino MPR	1.0

Venendo all'andamento temporale della variabilità infra-regionale dei 34 indicatori in esame, il confronto tra il 2016 e il 2019 denota come si sia registrato una diminuzione del coefficiente di variazione per 16 di essi, un aumento per 18.³ Coerentemente con quanto descritto sopra, le contrazioni più marcate si registrano per gli indicatori riferiti all'attività vaccinale, all'area farmaceutica e ai tassi di ospedalizzazione, mentre aumenta nel periodo in esame (2016-2019) la variabilità inter-ATS per gli indicatori indiretti sulla presa in carico delle patologie croniche e per quelli attinenti all'assistenza domiciliare.

³ Per gli indicatori C18.6 (Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti) e B28.2.9 (Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari) il confronto è tra il coefficiente di variazione del 2019 e quello del 2017, per assenza di dati infra-regionali riferiti all'anno 2016.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Un'ultima analisi prevede l'esame congiunto dell'andamento della *performance* media regionale con quello della variabilità, per ogni indicatore. L'esame contestuale dei due fenomeni permette infatti l'individuazione di quattro diverse possibili dinamiche:

- ambiti del sistema sanitario per i quali si registri un *trend* di complessivo miglioramento, associato a una riduzione della variabilità: è la situazione migliore, per la quale il percorso di miglioramento è sistemico e diffuso;

- ambiti del sistema sanitario per i quali si registri un *trend* di complessivo miglioramento, associato a un aumento della variabilità: in questo caso, il sistema è nel complesso migliorato, ma in modo non omogeneo. Si rende dunque necessario un supplemento di analisi per andare a cogliere se alcune aree siano rimaste indietro, o se invece il miglioramento complessivo dipenda da singole *best practices*, da investigare e diffondere sul territorio regionale;

- ambiti del sistema sanitario per i quali si registri un *trend* di complessivo peggioramento, associato a un aumento della variabilità: è una situazione "di attenzione", rispetto alla quale l'aumento della variabilità suggerisce comunque problematiche locali o al contrario la tenuta di alcune aree/aziende. Anche in questo caso, si rende necessaria un'analisi puntuale dei singoli contesti organizzativi locali, per andare a cogliere le determinanti della *performance*;

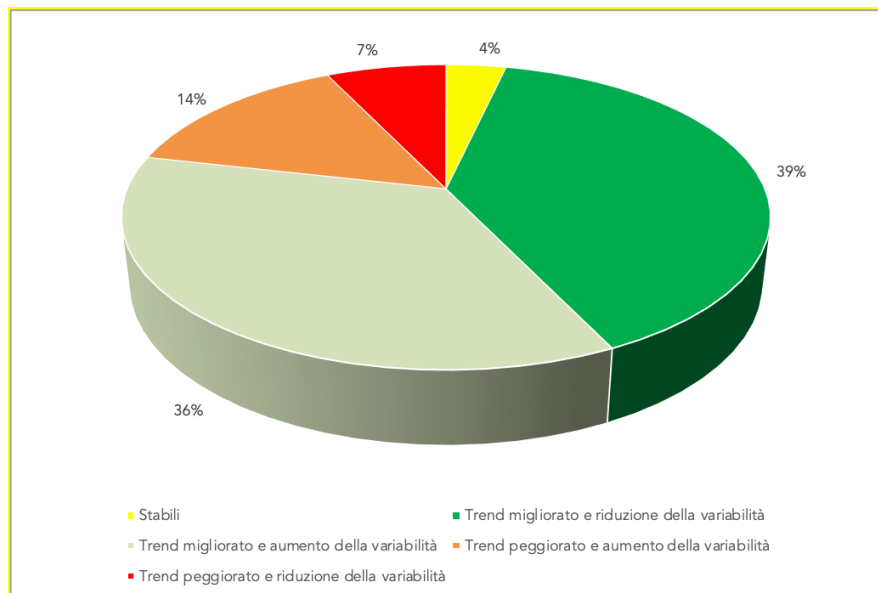
- ambiti del sistema sanitario per i quali si registri un *trend* di complessivo peggioramento, associato a una contrazione della variabilità: questa situazione invita al ricorso a leve manageriali differenti rispetto ai punti precedenti. La problematica è infatti sistemica e non locale e la risposta stessa dovrà indagarne e affrontarne le determinanti trasversali.

L'analisi qui proposta dei dati lombardi esclude dal novero dei 34 indicatori i 6 indicatori di osservazione, per i quali non è previsto un andamento crescente oppure decrescente. In riferimento ai 28 indicatori:

- un solo indicatore registra un trend 2016-2019 del valore regionale compreso tra -1% e +1% e viene considerato un indicatore stabile;
- per 11 indicatori si registra un miglioramento della *performance* regionale e una riduzione della variabilità;
- per 10 indicatori si registra un miglioramento della *performance* regionale e un aumento della variabilità;
- per 4 indicatori si registra un peggioramento della *performance* regionale e un aumento della variabilità;
- per 2 indicatori si registra un peggioramento della *performance* regionale e una riduzione della variabilità.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Al di là di eventuali considerazioni di sistema, probabilmente non attendibili visto il numero comunque limitato di indicatori in esame (28 indicatori), si rimarca come:

- tra gli indicatori per i quali si rileva un miglioramento complessivo, caratterizzato da un *trend* positivo e una variabilità in contrazione, ritroviamo vaccinazioni e tassi di ospedalizzazione;
- gli indicatori indiretti sulla presa in carico delle patologie croniche appartengono al terzo gruppo (valore regionale in miglioramento ma variabilità aumentata);
- due dei 4 indicatori che registrano un peggioramento della *performance* regionale complessiva e un aumento della variabilità tra ATS pertengono l'assistenza domiciliare.

Complessivamente, per quanto non possano essere desunte considerazioni conclusive sulla base di un novero così limitato di indicatori, l'esame della variabilità suggerisce:

- un *trend* di miglioramento strutturale per quanto concerne alcuni indicatori di sistema, quali i tassi di ospedalizzazione complessivi;
- un *trend* di miglioramento, eterogeneo, per quegli indicatori – si fa riferimento agli indicatori indiretti sulla presa in carico delle patologie croniche – rispetto ai quali più diretta pare essere l'associazione con il modello assistenziale della Presa in Carico. I tassi di ospedalizzazione per patologie croniche registrano da una parte una complessiva contrazione, dall'altra un aumento della variabilità tra le ATS: questo doppio fenomeno suggerisce sì una più appropriata presa in carico della casistica cronica ma ne mette allo stesso tempo in luce la disomogeneità sul territorio. È in questo senso potenzialmente associato ai diversi livelli di implementazione del modello della Presa in Carico tra le aree lombarde e ancora una volta invita ad un ulteriore sforzo per la sua piena messa a regime;
- l'esigenza di una più forte regia regionale nella gestione dell'offerta territoriale, segnatamente nella sua declinazione specifica dell'assistenza domiciliare.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Riferimenti

- Ministero della Salute. 2020. “I Rapporti Annuali.” http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1237&area=ricoveriOspedalieri&menu=v (October 23, 2020).
- Nuti, Sabina et al. 2019. *Il Sistema Di Valutazione Della Performance Dei Sistemi Sanitari Regionali - Report 2018*. Pisa.
- Nuti, Sabina, Guido Noto, Federico Vola, and Milena Vainieri. 2018. “Let’s Play the Patients Music: A New Generation of Performance Measurement Systems in Healthcare.” *Management Decision*.
- Nuti, Sabina, and Chiara Seghieri. 2014. “Is Variation Management Included in Regional Healthcare Governance Systems? Some Proposals from Italy.” *Health Policy* 114(1): 71–78. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.08.003>.
- Nuti, Sabina, and Milena Vainieri. 2014. “Strategies and Tools to Manage Variation in Regional Governance Systems” eds. A Johnson and T Stuckel. *Medical Practice Variations*: 1–23. http://link.springer.com/10.1007/978-1-4899-7573-7_90-5.
- Nuti, Sabina, Federico Vola, Anna Bonini, and Milena Vainieri. 2016. “Making Governance Work in the Health Care Sector: Evidence from a ‘Natural Experiment’ in Italy.” *Health Economics, Policy and Law* 11(01): 17–38. http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1744133115000067.
- Wennberg, John E. 1999. “Understanding Geographic Variations in Health Care Delivery.” *New England Journal of Medicine* 340(1): 52–53.
- . 2002. “Unwarranted Variations in Healthcare Delivery: Implications for Academic Medical Centres.” *BMJ: British Medical Journal* 325(7370): 961–64.
- Wennberg, John E, and Alan Gittelsohn. 1973. “Small Area Variations in Health Care Delivery: A Population-Based Health Information System Can Guide Planning and Regulatory Decision-Making.” *Science* 182(4117): 1102–8.
- Wing, Coady, Kosali Simon, and Ricardo A. Bello-Gomez. 2018. “Designing Difference in Difference Studies: Best Practices for Public Health Policy Research.” *Annual Review of Public Health* 39(1): 453–69. <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-040617-013507>.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Un nuovo modello assistenziale per i pazienti cronici

La riforma sociosanitaria lombarda nasce dall'esigenza di rispondere al cambiamento dei bisogni di salute della popolazione conseguenti, da un lato, alla transizione demografica e alla differente strutturazione sociale e della famiglia, dall'altro alla necessità di migliorare l'utilizzo delle risorse disponibili promuovendo l'integrazione tra servizi sanitari e sociosanitari.

I principali cambiamenti introdotti dalla riforma trovano quindi la loro massima espressione nell'assistenza ai pazienti fragili e con patologie croniche, promuovendo un sistema orientato al "prendersi cura" con servizi indirizzati ai bisogni espressi dai pazienti e dalle loro famiglie. Il modello lombardo vuole introdurre un approccio multidisciplinare alla gestione della cronicità con interventi culturali, strumentali, a livello di competenze e organizzativi, i quali a loro volta intendono favorire integrazione e "continuità di sistema" tra gli attori della rete dei servizi, con l'obiettivo di garantire la continuità del processo di cura.

Uno dei punti cardine della riforma risulta essere quello della promozione della medicina d'iniziativa, come modello assistenziale proattivo, che garantisca continuità delle cure e una presa in carico integrata e personalizzata, grazie al supporto di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). Tale modello prevede un coinvolgimento attivo dei MMG e di tutti gli altri professionisti sanitari, sia ospedalieri che territoriali, pubblici o privati convenzionati, coinvolti nel processo di cura, che operano nel polo ospedaliero e territoriale delle ASST. Al fine di favorire l'integrazione tra *setting* assistenziali e professionisti e quindi organizzare ed erogare per processi trasversali, come è raccomandabile nel caso di pazienti cronici, le ASST sono inoltre organizzate in dipartimenti funzionali, nei quali è presente la figura del *process owner*, e in dipartimenti gestionali. La riforma introduce ancora processi trasversali di cura e assistenza, funzionali alla presa in carico di diverse tipologie di pazienti; tra questi troviamo la **Rete Integrata per la Continuità Clinico Assistenziale (R.I.C.C.A.)** per la presa in carico del paziente cronico.

Come evidenziato dalle audizioni con gli *stakeholder* del SSL, il Dipartimento rete integrata di continuità clinico-assistenziale (R.I.C.C.A.) garantisce una maggiore interazione multiprofessionale e multidisciplinare, permettendo di identificare e dare risposte sempre più appropriate alle problematiche del paziente fragile/complesso, anche attraverso l'attivazione di sinergie con Farmacie ed Enti Locali e l'implementazione di modalità telematiche. Al suddetto Dipartimento fanno riferimento i PreSST e POT dell'ASST, presidi che ad oggi, secondo gli *stakeholder*, devono necessariamente essere ulteriormente sviluppati, anche dal punto di vista numerico, per garantire una più ampia risposta ai bisogni territoriali. Al fine di migliorare la presa in carico integrata, le audizioni mettono in evidenza la necessità di migliorare il livello di integrazione tra polo ospedaliero e polo territoriale, con il rafforzamento di reti diagnostico-terapeutiche, anche attivando una condivisione strutturata di dati clinici tra specialisti ospedalieri e MMG/PLS che afferiscono alla stessa Rete. Questo potrebbe, inoltre, portare ad una integrazione sostanziale tra strutture ospedaliere, MMG/PLS, specialisti ambulatoriali e strutture di assistenza territoriale e domiciliare.

Analogamente, anche il Dipartimento rete integrata materno-infantile (RIMI) beneficerebbe di una maggiore integrazione e di un miglior raccordo tra personale ospedaliero e MMG/PLS, al fine di migliorare la collaborazione, in particolare nell'ambito dei consultori.

Con riferimento all'ambito Dipendenze/Psichiatria, si evidenzia l'esigenza di protocolli di collaborazione con gli altri reparti ospedalieri, per garantire la continuità assistenziale (anche post-dimissione).

Nel gennaio 2017 la Giunta regionale lombarda approvava la prima DGR sulla riforma della **Presa in Carico (PiC)** della cronicità e fragilità – evoluzione a sua volta della sperimentazione CREG – poi sottoposta ad alcune correzioni di rotta. Questo progetto di Presa in Carico (PiC) è un modello di **coordinamento di tipo**



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

organizzativo e non clinico delle prestazioni sanitarie. In particolare, il modello della Presa in Carico (PiC) si avvale dell'attività dei **Gestori**, ovvero soggetti accreditati per prendere in carico i pazienti lungo il percorso di cura. Il Gestore ricopre *“una funzione di coordinamento gestionale-organizzativa sulle attività assistenziali del paziente attraverso una presa in carico proattiva, anche tramite la prenotazione delle prestazioni e il coordinamento dei diversi partner di rete.”*

I cittadini lombardi affetti da patologie croniche possono aderire liberamente ad un Gestore, attraverso la sottoscrizione del **Patto di Cura**. La presa in carico si avvia con la successiva sottoscrizione del **Piano di Assistenza Individuale (PAI)** tra l'assistito e il *clinical manager* (che dal 2018 può essere lo stesso MMG, anche in forma non associata, oltre al medico referente specialista del Gestore stesso). Il PAI contiene informazioni sugli stili di vita, sui fattori di rischio, sulle terapie e sulle attività diagnostiche. A valere dal 2019, alla sottoscrizione di un PAI corrisponde una remunerazione di 15 euro, erogata dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) al *clinical manager*. La tariffa di presa in carico per la remunerazione del Gestore, invece, al lordo dell'eventuale importo previsto per il Piano di Assistenza Individuale (PAI), è di 40 euro per i pazienti monopatologici, 45 euro per i pazienti con due o tre patologie e di 50 euro per i pazienti con più di tre patologie.

Le modalità di funzionamento del Gestore delle ASST sono state oggetto di valutazione diretta sul campo tramite la tecnica del paziente misterioso. Quanto emerso dalla ricognizione risulta in linea con quanto descritto nelle Relazioni trasmesse dalla Regione Lombardia al Ministero della Salute. Sembra infatti che le ASST abbiano costituito la funzione di gestore al loro interno e siano in grado di fornire informazioni chiare ed esaustive alla popolazione *target*. I ricercatori del Laboratorio MeS hanno condotto telefonate con un campione di 15 ASST. I ricercatori hanno ottenuto risposte molto chiare alle domande generali in tutti i casi e risposte chiare oppure molto chiare alle domande di dettaglio relative alle esigenze di pazienti cronici pluripatologici.

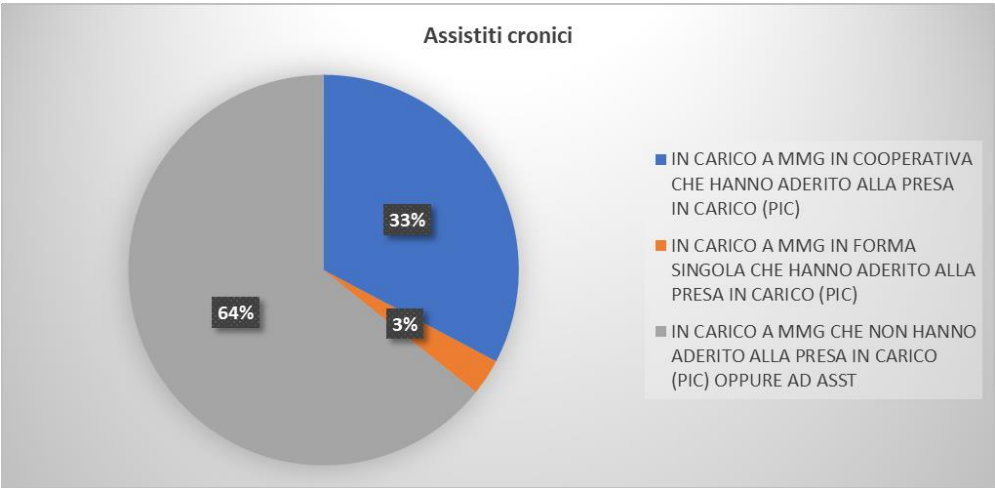
Come accennato in precedenza, uno dei temi che emerge dalle audizioni con gli *stakeholder* fa riferimento al potenziamento di POT e PreSST come *hub* di promozione della presa in carico del paziente cronico. La stessa funzione potrebbe essere assunta anche dalla rete di farmacie. In particolare, la farmacia potrebbe diventare il luogo di: verifica dell'aderenza farmacologica al piano terapeutico, distribuzione di farmaci solitamente erogati dalle ASST (inclusa, per esempio, l'ossigenoterapia domiciliare).

Infine, le audizioni menzionano la possibilità di prendersi cura dei pazienti cronici attraverso la valorizzazione della figura dell'infermiere di comunità e l'istituzione dello Psicologo di base (o Psicologo delle cure primarie).

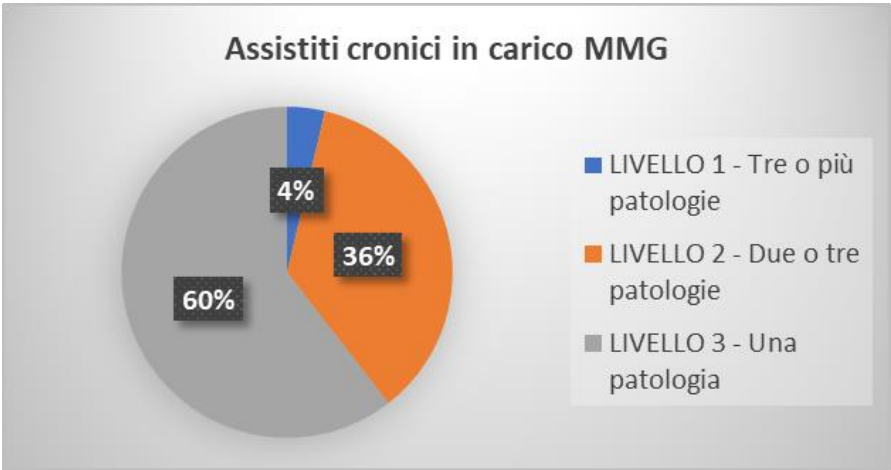
Alcuni dati della Regione Lombardia relativi al modello di presa in carico nell'anno 2019 rivelano un numero di pazienti cronici pari a 3.461.728. Il 36% di questi assistiti (ossia 1.237.679 cittadini) è in carico a MMG che hanno aderito alla Presa in Carico (PiC). I cronici assistiti da MMG che hanno siglato il patto di cura con un Gestore ammontano al 20% (n = 250.883). Questa proporzione sale al 22% tra gli assistiti in carico a cooperative di MMG che hanno aderito alla Presa in Carico (PiC) mentre scende all'1% tra gli assistiti in carico a MMG in forma singola che hanno aderito alla Presa in Carico (PiC).



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Rispetto al totale dei soggetti cronici in carico ai MMG che hanno aderito alla Presa in Carico (PiC), il 4% (n = 45.766) risulta essere paziente di Livello 1 (più di tre patologie), il 36% (n = 443.174) paziente di Livello 2 (due o tre patologie), ed il restante 60% (n = 748.739) paziente di Livello 3 (una patologia). Le percentuali di assistiti che hanno siglato il patto di cura ammontano a: 22% degli assistiti cronici di Livello 1, 25% degli assistiti cronici di Livello 2, e 17% degli assistiti cronici di Livello 3. La stipula del patto di cura sembra dunque essere più frequente tra gli assistiti pluripatologici rispetto a quelli monopatologici.





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Valutazione degli effetti della presa in carico dei pazienti cronici

Analisi a cura dell'Osservatorio Epidemiologico di Regione Lombardia

Obiettivo e metodologia dell'analisi

Obiettivo: studiare l'effetto della Presa in Carico (PiC) in termini di confronto tra le prestazioni erogate (numero di ricoveri totali, numero di ricoveri evitabili, numero di accessi in PS, numero di accessi in PS evitabili)

Analisi: descrizione delle coorti e valutazioni descrittive e inferenziali sugli *outcome*

Periodo di osservazione: informazioni anagrafiche ed eventuale presa in carico dei soggetti: anno 2018. Valutazione dei consumi degli stessi nell'anno successivo: anno 2019

Coorte in analisi: assistiti presi in carico nell'anno 2018

Coorte di controllo: campione casuale stratificato proporzionale (fattore 1:5), appaiato in base alle seguenti dimensioni: patologia, livello di complessità, sesso, classe età e ATS di assistenza. Il campione deriva dagli assistiti con patologia cronica non presi in carico negli anni 2018 e 2019

Per l'analisi degli *outcome* tutti i soggetti vengono seguiti da 01.01.2019 dell'anno fino alla minore tra le seguenti due date: data di decesso o 31.12 dell'anno

Analisi delle coorti in studio

I soggetti presi in carico (PiC) nell'anno 2018 sono stati **190.450**. A partire dai soggetti con patologia cronica non presi in carico nell'anno 2018 e 2019 è stato estratto, in modo casuale, un campione stratificato proporzionale (fattore 1:5). Il campione (NO PiC) è stato appaiato in base alle seguenti dimensioni: patologia, livello di complessità, sesso, classe età e ATS di assistenza.

Statistiche descrittive relative all'età tra le due popolazioni in analisi

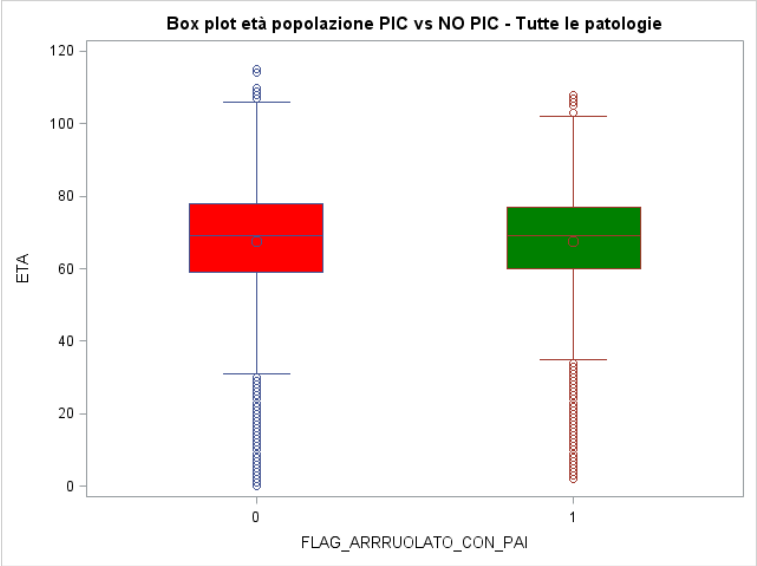
Le popolazioni PiC e NO PiC sono composte rispettivamente da **190.450** e **940.023** soggetti. Le statistiche descrittive relativamente all'età nei due gruppi sono mostrati di seguito.

	PIC	NO PIC	TOTALE
N. soggetti	190.450	940.023	1.130.473
Minimo	2	-	-
P25 - Q1	60	59	59
Media	67,51	67,53	67,53
P50 - Q2	69	69	69
P75 - Q3	77	78	78
Massimo	108	115	115



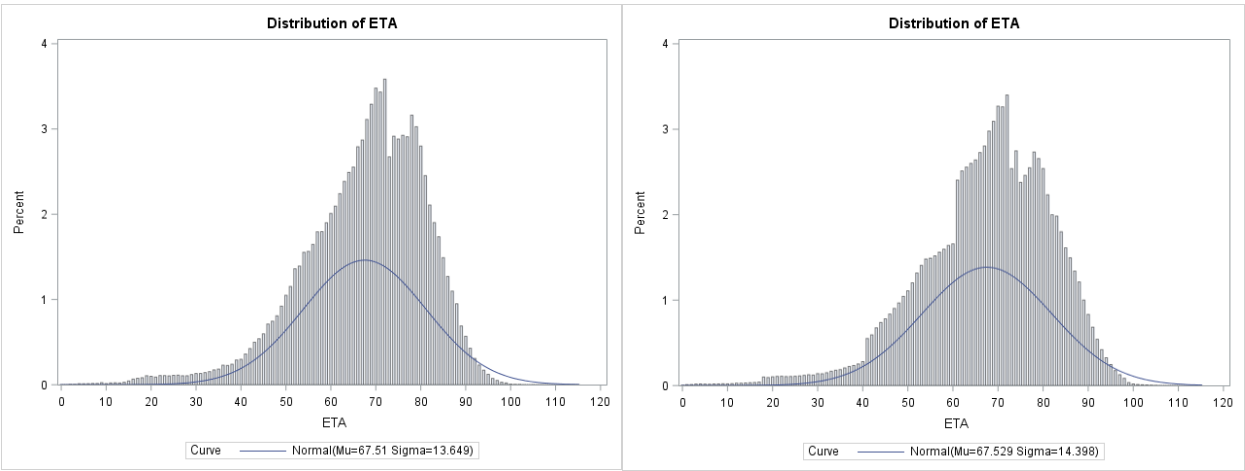
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Grafico box-plot relativo all’età per le due coorti in analisi.



Il 50% centrale dei soggetti **non presi in carico** si posiziona nella fascia di età 59, 78 anni, il 50% centrale dei soggetti **presi in carico** si posiziona nella fascia di età 60, 77 anni.

Di seguito si riporta la distribuzione dell’età, nel grafico a sinistra per la coorte di **soggetti presi in carico**, nel grafico a destra per la coorte di **pazienti cronici non presa in carico**.





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Statistiche descrittive relative a patologie e livello di gravità tra le due popolazioni in analisi

La tabella seguente mostra le frequenze di patologia principale e livello di complessità nelle due coorti in analisi.

Le combinazioni la cui frequenza risultano inferiori l'1% sono state aggregate in una unica voce "Tutte altre patologie e livelli".

PATOLOGIA PRINCIPALE E LIVELLO DI COMPLESSITÀ	PIC	% PIC	NO PIC	% NO PIC	TOTALE
IPERTENSIONE ARTERIOSA_03	41.648	21,87%	207.644	22,09%	249.292
DIABETE MELLITO TIPO 2_02	13.910	7,30%	67.566	7,19%	81.476
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON_02	12.610	6,62%	60.685	6,46%	73.295
IPERTENSIONE ARTERIOSA_02	9.778	5,13%	48.264	5,13%	58.042
CARDIOPATIA ISCHEMICA_02	7.218	3,79%	35.569	3,78%	42.787
NEOPLASIA ATTIVA_02	5.660	2,97%	27.453	2,92%	33.113
IPOTIROIDISMO_03	5.659	2,97%	28.282	3,01%	33.941
CARDIOPATIA ISCHEMICA_03	5.182	2,72%	25.616	2,73%	30.798
MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA_03	5.009	2,63%	24.873	2,65%	29.882
DIABETE MELLITO TIPO 2_03	4.879	2,56%	24.379	2,59%	29.258
MIOCARDIOPATIA ARITMICA_02	4.467	2,35%	22.264	2,37%	26.731
ASMA_03	4.439	2,33%	22.176	2,36%	26.615
MIOCARDIOPATIA ARITMICA_03	4.411	2,32%	21.873	2,33%	26.284
SCOMPENSO CARDIACO_02	4.059	2,13%	20.204	2,15%	24.263
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON_03	4.010	2,11%	20.049	2,13%	24.059
MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA_02	3.613	1,90%	17.748	1,89%	21.361
BPCO_02	3.268	1,72%	16.067	1,71%	19.335
SCOMPENSO CARDIACO_03	3.178	1,67%	15.733	1,67%	18.911
VASCULOPATIA CEREBRALE_02	2.963	1,56%	14.703	1,56%	17.666
NEOPLASIA FOLLOW-UP_03	2.422	1,27%	12.110	1,29%	14.532
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA_02	2.319	1,22%	11.509	1,22%	13.828
VASCULOPATIA ARTERIOSA_02	2.160	1,13%	10.794	1,15%	12.954
NEOPLASIA REMISSIONE_03	1.942	1,02%	9.708	1,03%	11.650
DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO_02	1.620	0,85%	8.039	0,86%	9.659
CARDIOPATIA VALVOLARE_02	1.542	0,81%	7.679	0,82%	9.221
EPATITE CRONICA_02	1.523	0,80%	7.398	0,79%	8.921
VASCULOPATIA CEREBRALE_03	1.518	0,80%	7.590	0,81%	9.108
TIROIDITE DI HASHIMOTO_03	1.350	0,71%	6.746	0,72%	8.096
VASCULOPATIA ARTERIOSA_01	1.243	0,65%	6.135	0,65%	7.378
NEOPLASIA ATTIVA_01	1.042	0,55%	4.910	0,52%	5.952
BPCO_03	1.014	0,53%	5.063	0,54%	6.077
NEOPLASIA ATTIVA_03	1.013	0,53%	5.065	0,54%	6.078
Tutte altre patologie e livelli	23.781	12,49%	116.129	12,35%	139.910
TOTALE	190.450	100%	940.023	100%	1.130.473

Si riporta di seguito la distribuzione dei pazienti presi in carico rispetto ai pazienti non presi in carico relativamente al livello di complessità.

Livello di complessità "1" → ≥ 4 patologie complessive

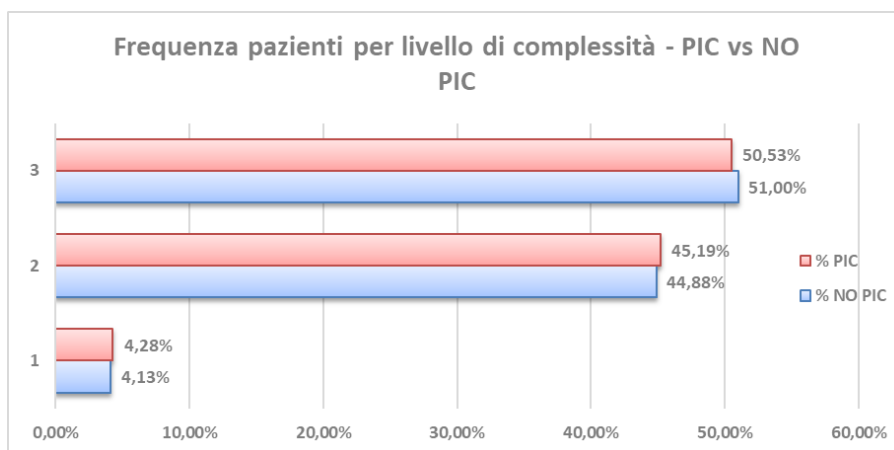
Livello di complessità "2" → 2-3 patologie complessive



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Livello di complessità "3" → 1 patologia

LIVELLO DI COMPLESSITÀ	PIC	% PIC	NO PIC	% NO PIC	TOTALE
1	8.149	4,28%	38.781	4,13%	46.930
2	86.063	45,19%	421.861	44,88%	507.924
3	96.238	50,53%	479.381	51,00%	575.619
TOTALE	190.450	100%	940.023	100%	1.130.473

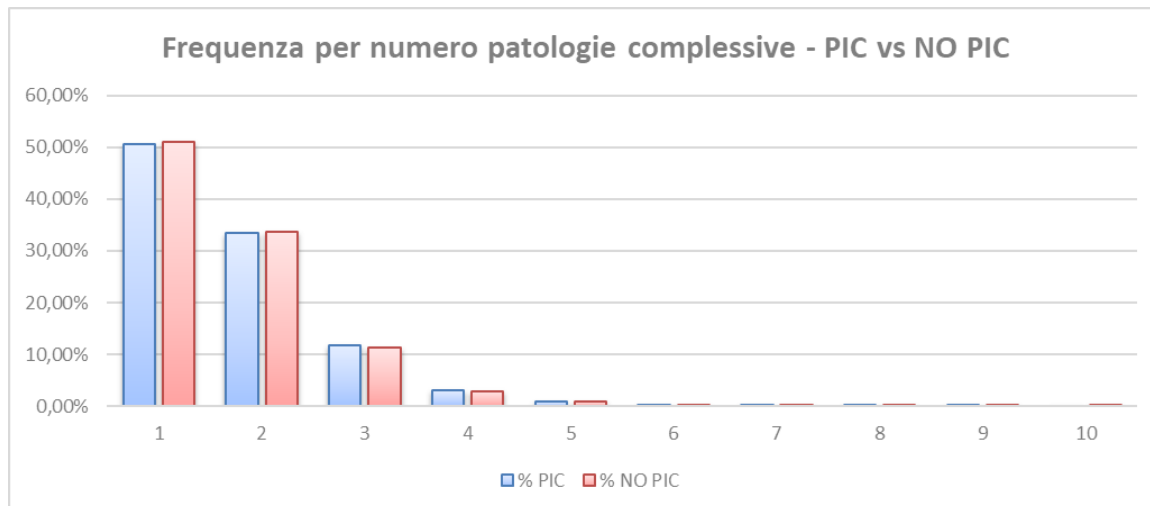


Di seguito si riporta la suddivisione dei pazienti per numero complessivo di patologie, per le due coorti in analisi.

NUMERO PATOLOGIE COMPLESSIVE	PIC	% PIC	NO PIC	% NO PIC	TOTALE
1	96.238	50,53%	479.381	51,00%	575.619
2	63.814	33,51%	315.614	33,58%	379.428
3	22.249	11,68%	106.247	11,30%	128.496
4	5.981	3,14%	28.080	2,99%	34.061
5	1.603	0,84%	7.807	0,83%	9.410
6	442	0,23%	2.250	0,24%	2.692
7	102	0,05%	524	0,06%	626
8	16	0,01%	94	0,01%	110
9	5	0,00%	22	0,00%	27
10		0,00%	4	0,00%	4
TOTALE	190.450	100%	940.023	100%	1.130.473



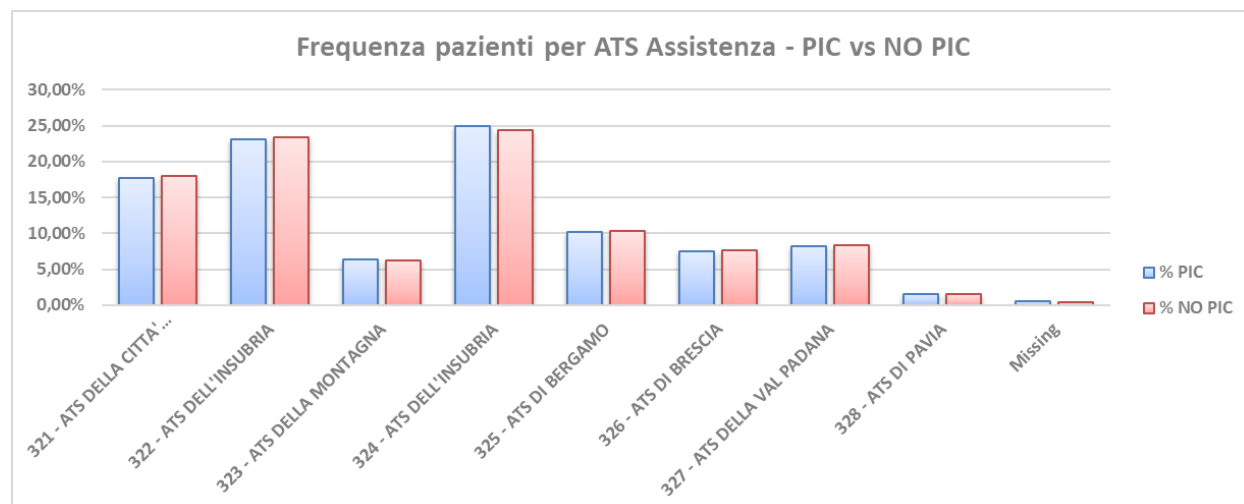
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Statistiche descrittive - ATS di Assistenza

Suddivisione territoriale dei pazienti, PiC vs NO PiC, in base alla ATS di Assistenza.

ATS ASSISTENZA	PIC	% PIC	NO PIC	% NO PIC	TOTALE
321 - ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	33.689	17,69%	168.397	17,91%	202.086
322 - ATS DELL'INSUBRIA	44.019	23,11%	219.713	23,37%	263.732
323 - ATS DELLA MONTAGNA	11.994	6,30%	58.679	6,24%	70.673
324 - ATS DELL'INSUBRIA	47.443	24,91%	229.162	24,38%	276.605
325 - ATS DI BERGAMO	19.331	10,15%	96.533	10,27%	115.864
326 - ATS DI BRESCIA	14.301	7,51%	71.419	7,60%	85.720
327 - ATS DELLA VAL PADANA	15.578	8,18%	77.724	8,27%	93.302
328 - ATS DI PAVIA	3.008	1,58%	15.016	1,60%	18.024
Missing	1.087	0,57%	3.380	0,36%	4.467
TOTALE	190.450	100%	940.023	100%	1.130.473



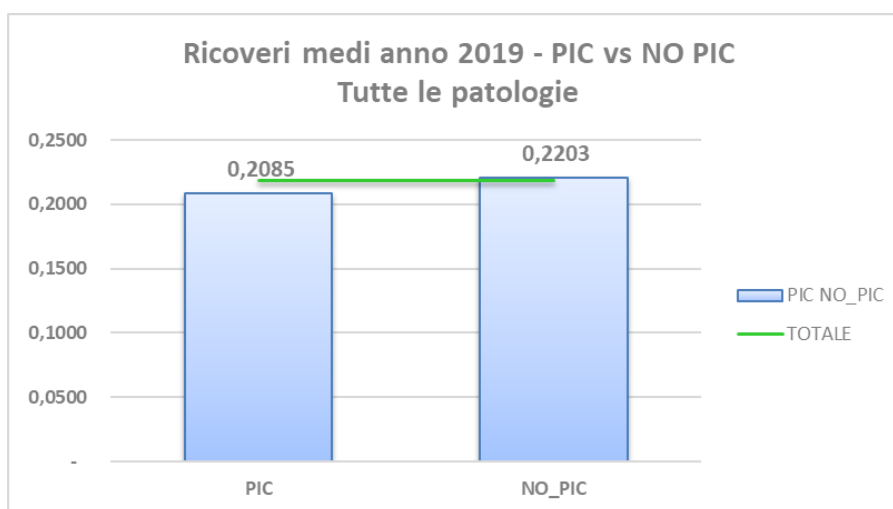


Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Analisi del numero di ricoveri totali - tutte le patologie

Statistiche descrittive effettuate sul numero di ricoveri totali per i pazienti PiC e per i pazienti cronici non presi in carico.

ANNO 2019	PIC	NO_PIC	TOTALE
NUMERO SOGGETTI	190.450	940.023	1.130.473
SOMMA RICOVERI	39.711	207.092	246.803
MEDIA RICOVERI	0,2085	0,2203	0,2183
NUM. MAX. RICOVERI	11	26	26



A livello descrittivo si evince un numero medio di ricoveri nell'anno 2019 inferiore nei pazienti presi in carico rispetto ai pazienti cronici non presi in carico.

Valutazione del numero di ricoveri totale tramite modello di regressione di Poisson

Nel modello di regressione viene valutato il numero di ricoveri totali tra la coorte di soggetti presa in carico e la coorte di controllo, soggetti non presi in carico.

Outcome	Anno 2019
Numero Ricoveri totali	RR = 0,9494 (IC95%: 0,9401 – 0,9588)

Il modello di regressione, standardizzato per patologia principale, livello di complessità, genere, classe di età e ATS di assistenza, conferma il dato descrittivo: il numero di ricoveri è minore nei soggetti presi in carico, il dato risulta statisticamente significativo. Si riscontra, infatti una riduzione del numero di ricoveri totali per i pazienti presi in carico rispetto ai pazienti con patologie croniche non presi in carico.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

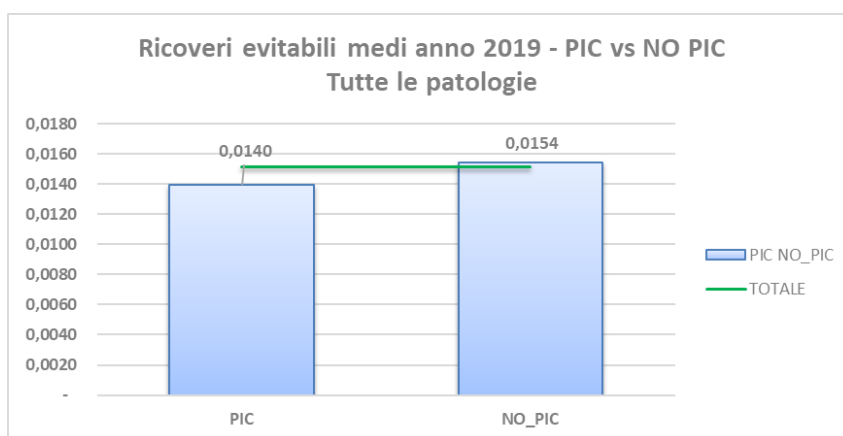
Analisi del numero di ricoveri evitabili - tutte le patologie

Le condizioni riconducibili all'ospedalizzazione potenzialmente evitabile, *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC), sono state identificate secondo la definizione proposta dall'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) nel gruppo di indicatori chiamato: *Prevention Quality Indicators* (PQI).

I PQI utilizzando i dati delle dimissioni ospedaliere identificano i ricoveri che avrebbero potuto essere evitati attraverso una tempestiva ed efficace cura dei pazienti a livello territoriale e mediante l'accesso a cure ambulatoriali di qualità.

L'analisi descritta nel precedente paragrafo su tasso di ricoveri complessivi è stata quindi affinata considerando solo il tasso di ospedalizzazione riferito a tipologie di ricovero evitabile.

ANNO 2019	PIC	NO_PIC	TOTALE
NUMERO SOGGETTI	190.450	940.023	1.130.473
SOMMA RIC. EVITABILI	2.657	14.499	17.156
MEDIA RIC. EVITABILI	0,0140	0,0154	0,0152
NUM. MAX. RIC. EVITAB.	6	12	12



Valutazione del numero di ricoveri evitabili tramite modello di regressione di Poisson

Nel modello di regressione viene valutato il numero di ricoveri totali tra la coorte di soggetti presa in carico e la coorte di controllo, soggetti non presi in carico.

Outcome	Anno 2019
Numero Ricoveri evitabili	RR = 0,9123 (IC95%: 0,8781– 0,9475)

Si riscontra un rischio minore del numero di ricoveri evitabili per i pazienti presi in carico rispetto ai pazienti con patologie croniche non presi in carico.

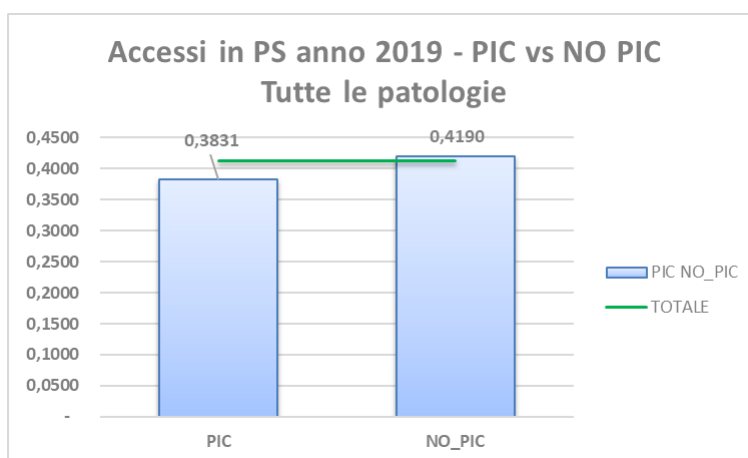


Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Analisi del numero di accessi totali in Pronto Soccorso - tutte le patologie

Analisi descrittiva del numero di accessi in Pronto Soccorso, nell'anno 2019, per la coorte di pazienti presi in carico rispetto alla coorte di controllo.

ANNO 2019	PIC	NO_PIC	TOTALE
NUMERO SOGGETTI	190.450	940.023	1.130.473
SOMMA ACCESSI PS	72.956	393.874	466.830
MEDIA ACCESSI PS	0,3831	0,4190	0,4130



A livello descrittivo si evince un numero medio di accessi in PS inferiore nella coorte presa in carico rispetto alla coorte di controllo.

Valutazione dell'outcome tramite modello di regressione di Poisson

Nel modello di regressione viene valutato il numero di accessi in Pronto Soccorso totali tra la coorte di soggetti presa in carico e la coorte di controllo, soggetti non presi in carico.

Outcome	Anno 2019
Numero Accessi PS totali	RR = 0,9234 (IC95%: 0,9167 – 0,9301)

Il modello di regressione effettuato conferma quanto ottenuto a livello descrittivo: si ha una riduzione degli accessi in Pronto Soccorso della coorte PiC rispetto alla coorte NO PiC.

Analisi del numero di accessi evitabili in PS

L'analisi comparata sul tasso di ricorso al pronto soccorso è stata ripetuta selezionando i casi evitabili secondo la stessa metodologia eseguita per i ricoveri. Il risultato finale è stato che a fronte di un tasso riferito agli assistiti non PIC dell'1,193% il valore del tasso scende per i pazienti PiC al 1,039%.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Conclusioni

Secondo l'analisi comparata degli assistiti PiC e di un campione di controllo non PiC, il modello di presa in carico, introdotto dopo l'approvazione della legge di riforma, si sta rivelando migliorativo in quanto riduce in misura statisticamente significativa, sia il rischio di ospedalizzazione, sia il rischio di ricorso al PS. Si giunge alla stessa conclusione qualora si considerino solo le prestazioni evitabili, secondo la definizione dell'AHRQ.

Il risultato appare ulteriormente incoraggiante in considerazione del fatto che lo studio ha esaminato la *performance* a distanza di solo un anno dalla presa in carico degli assistiti.

Questo tipo di analisi, che approfondiremo ulteriormente in relazione ad aspetti quali la specificità dei territori e delle patologie croniche, verrà ripetuto in modo da cogliere la dimensione temporale più allargata.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Il Fascicolo Sanitario Elettronico

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è stato istituito con apposita legge regionale nel 2007 (L.R. n.18 del 31 luglio 2007) sancendo l'obbligo per tutti gli operatori della sanità lombarda di aderire al Sistema Informativo Sociosanitario Regionale e "*...di utilizzo della piattaforma tecnologica e dei servizi messi a disposizione per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari in modo da poter realizzare il FSE*" (<https://www.fascicolosanitario.gov.it/fse-lombardia>). Il FSE raccoglie in modo longitudinale la storia clinica degli assistiti, in particolare contiene i dati e documenti digitali sanitari e socio-sanitari degli assistiti generati nei vari eventi clinici. L'implementazione del FSE risponde a diverse esigenze informative sia per gli assistiti che per i clinici. Per gli assistiti le funzioni principali riguardano l'accesso e fruizione diretta di informazioni (es. referti online tramite apposita interfaccia), possibilità di prenotare e pagare prestazioni sanitarie, gestire le esenzioni, procedere con la scelta/revoca del MMG/PLS, visualizzare il promemoria per il ritiro ricetta dematerializzata, gestire i consensi, etc., servizi che semplificano e rendono più efficiente l'accesso informativo e a servizi. Per gli operatori sanitari il FSE offre un servizio per facilitare lo scambio di informazioni cliniche, anche al di fuori dei confini regionali. In particolare, l'accesso al FSE del cittadino che ha prestato il consenso alla consultazione, è possibile a tutti i MMG/PLS e a tutti gli operatori sanitari delle aziende che dichiarano di aver in carico il cittadino nell'ambito del processo di cura. Gli stessi medici e le aziende contribuiscono all'alimentazione del FSE.

Nell'ambito del nuovo modello di presa in carico, la Regione ha spinto verso il potenziamento del FSE in quanto strumento per la condivisione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e di altri documenti clinici tra gli operatori coinvolti nell'assistenza e cura del cittadino.

In seguito a quanto disposto dall'art.11 del D.L. 34/2020 (DL Rilancio) che ha abrogato il consenso all'alimentazione, da agosto la Regione Lombardia ha attivato i FSE per tutti i propri assistiti. Secondo l'ultimo dato disponibile, il 58% circa dei cittadini ha utilizzato il proprio FSE negli ultimi 90 giorni.

Per quanto riguarda i professionisti, il 100% degli operatori sanitari delle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate lombarde sono abilitati al FSE. Anche la percentuale dei referti di laboratorio resi disponibili dalle stesse aziende attraverso il FSE è ormai praticamente pari al 100%.

Per quanto riguarda il livello di utilizzo, risulta che il 76% (*) dei referti di laboratorio sono resi disponibili attraverso il FSE rispetto al totale dei referti prodotti dalle aziende sanitarie pubbliche (* dati al 3° trimestre 2019 -<https://www.fascicolosanitario.gov.it/monitoraggio/ba>).

Tra i MMG/PLS si registra un utilizzo del FSE pari al 100% tra i titolari abilitati (<https://www.fascicolosanitario.gov.it/monitoraggio/bm>).

Sulla base delle tematiche emerse dalle audizioni, il fascicolo sanitario elettronico potrebbe diventare il volano per l'implementazione della sanità digitale, della telemedicina, e della interoperabilità dei dati. La sanità digitale può facilitare la condivisione delle informazioni tra assistiti e personale sanitario, l'accesso ai servizi, la qualità e tempestività delle cure. La telemedicina, infatti, consente di sviluppare e sistematizzare nuove metodologie di assistenza al paziente innovative ed efficaci, che mettano in interconnessione MMG/PLS-MCA-specialisti ambulatoriali e reparti ospedalieri (o video-consulti in ambito domiciliare), al fine di una più consapevole valutazione clinica.

L'interoperabilità dei dati favorisce la creazione e l'uso di *big data* a tutela della salute pubblica. Un tema aperto in questo ambito riguarda la possibilità per gli IRCCS di accedere in maniera più snella al *data warehouse* regionale a fini di ricerca.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

La Riforma e il Sistema durante l'emergenza Covid-19

La Lombardia è stata la prima regione a notificare casi autoctoni di COVID-19 (20 febbraio 2020) ed è diventata una delle Regioni più duramente investite dalla pandemia con oltre 100.000 casi notificati a ottobre 2020. L'Osservatorio Epidemiologico Regionale ha analizzato l'impatto sulla mortalità generale e la letalità del Covid-19. Calcolato nei primi quattro mesi dell'anno, il rapporto decessi osservati su decessi attesi, determinati sulla base dei tassi di mortalità specifici per genere, classe di età e complessità della cronicità rilevati nel 2019, è risultato pari a 1,64. La quota di decessi rilevata è risultata pari al 63% degli attesi nell'anno (fonte primaria: Nuova Anagrafica Regionale).

Nel confronto con le altre Regioni, la Lombardia, pur registrando il valore più elevato del tasso di prevalenza di Covid-19 (7,5% contro l'1,5%) del resto di Italia, ha avuto un tasso di letalità inferiore alla media delle altre regioni (2,2% contro il 2,4%). La fonte primaria dei dati per questo confronto è il rapporto Istat-Ministero della Salute. L'impatto della pandemia ha portato, con la delibera regionale n. 2906 dell'8 marzo 2020 a una profonda riorganizzazione del sistema sanitario con la necessità di sospendere le attività di ricovero e ambulatoriali differibili e non urgenti, l'individuazione di centri *hub* per le patologie tempo-dipendenti e oncologiche, creazione di una Centrale Unica Regionale di Dimissione Post-Ospedaliera e l'istituzione di un servizio ADI COVID. Tale organizzazione ha permesso di separare i pazienti COVID e non-COVID e garantire la ridistribuzione dei pazienti necessitanti di terapia intensiva a livello regionale e, al raggiungimento della saturazione dei posti in rianimazione, in altre regioni italiane. A partire dalla Delibera n. 3115 del 7 maggio 2020, la Regione si è impegnata al ripristino delle attività non urgenti, comprese le attività di vaccinazione dell'infanzia e screening oncologici che erano state garantite anche durante il periodo di emergenza. Con la delibera n. 3525 del 5 agosto 2020, il SSL ha approvato un Piano di potenziamento della rete territoriale volto a dare nuovi strumenti in caso di nuova ondata pandemica. In particolare gli interventi sono stati rivolti alla revisione della rete territoriale, della rete delle cure primarie, della rete delle unità di offerta extra-ospedaliera riabilitativa e subacuta, alla promozione dei servizi di telemedicina. Alle ATS è dato un ruolo di direzione dello specifico tavolo di **Coordinamento per la Rete Territoriale (CRT)** nel quale sono rappresentate le diverse componenti, anche professionali, dell'offerta sanitaria e sociosanitaria pubblica e privata accreditata, le rappresentanti della Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, i Comuni e i Piani di Zona, prevedendo delle articolazioni legate ad una suddivisione territoriale di minori dimensioni (rif. Distretto). Gli obiettivi di tale tavolo sono: il rafforzamento dell'assistenza domiciliare per i pazienti in isolamento domiciliare e in alberghi sanitari, l'istituzione dell'infermiere di famiglia e di comunità, il potenziamento delle USCA e l'attivazione delle degenze di bassa intensità assistenziale ad assistenza infermieristica, l'implementazione di servizi a distanza in alternativa all'accesso diretto.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Prospettive future

Dall'analisi documentale, dallo studio dei dati di performance regionale riferiti al periodo 2014-2019, dall'analisi sul campo nonché dalle audizioni fatte dalla Regione Lombardia nei mesi di luglio-ottobre 2020, emerge come la riforma, pur avendo riarticolato l'architettura istituzionale e organizzativa del sistema lombardo, non abbia causato nel breve e medio periodo una modifica del complessivo livello di servizio e della qualità del sistema sanitario lombardo.

Rileva anzi sottolineare in particolare come le prime evidenze sull'impatto del modello organizzativo della Presa in Carico suggeriscano come questo possa contribuire ad una più appropriata assistenza dei pazienti cronici. Per questo motivo, si suggerisce una valorizzazione e un ulteriore rilancio di tale modello, in prima battuta andando a favorire l'ampiamiento del bacino dei professionisti e dei pazienti aderenti, attraverso l'ulteriore collaborazione con gli attori coinvolti (*in primis*, i medici curanti); in seconda battuta, potrebbe essere oggetto di sperimentazione un ulteriore investimento sul modello, che vada oltre la sua attuale declinazione più prettamente organizzativa e ne ampli invece la portata in senso clinico-assistenziale. Uno degli elementi chiave di questa transizione è la previsione di meccanismi integrativi/alternativi di remunerazione dei Gestori, smarcati dalla mera logica del *fee for service* (la redazione del PAI) e orientati invece ad una logica di *pay for performance*, attraverso la previsione di un monitoraggio sistematico di indicatori di processo, di *output* e soprattutto di *outcome*.

Nello stesso arco temporale, ha iniziato a concretizzarsi il potenziale del fascicolo sanitario elettronico quale strumento di comunicazione ed integrazione tra gli assistiti ed i diversi *setting* assistenziali.

I risultati dell'analisi multi-metodo e alcune riflessioni attinenti alla gestione dell'emergenza COVID-19 suggeriscono purtroppo l'esigenza di una revisione di alcuni aspetti dell'impianto organizzativo e istituzionale del sistema sanitario lombardo, in particolar modo in riferimento al macro-nodo dell'organizzazione dell'assistenza territoriale, sia sanitaria che sociosanitaria e della prevenzione. La revisione e ulteriore messa a punto del percorso di riforma si muove lungo le traiettorie di una semplificazione della catena del comando, di una più appropriata definizione delle aree di responsabilità, di una maggiore integrazione degli attori del sistema e potenzialmente di un ridisegno dell'impianto istituzionale, affinché sia più funzionale al rafforzamento del governo regionale sull'offerta e alla gestione della rete integrata dei diversi *setting* assistenziali, ospedalieri e territoriali.

L'obiettivo che ha guidato il presente lavoro è stato quello di delineare una proposta di riorganizzazione del sistema sanitario lombardo che rispondesse all'esigenza di armonizzare l'impianto organizzativo rispetto al dettato normativo nazionale (d.lgs. 502/1992 e ss.mm.ii.) e a quella di salvaguardare la possibilità di un percorso di riorganizzazione sostenibile e condivisibile, a partire inoltre da una analisi attenta di quelle che sono le principali criticità rilevabili a cinque anni dall'introduzione della legge regionale n.23 dell'11 agosto 2015 (Tabella 2).

Per questo motivo, la proposta che viene prospettata più avanti riprende gli attori del sistema lombardo – senza stravolgerne la tassonomia istituzionale –, ma ne ridefinisce le funzioni, i ruoli e le responsabilità.

Le principali criticità del Sistema Sociosanitario Lombardo

La legge regionale 11 agosto 2015, n. 23, di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo, ha introdotto modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33, recante il Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità. La caratteristica peculiare della sperimentazione lombarda rispetto all'assetto previsto dalla normativa statale di cui al d.lgs. 502/1992 consiste nella completa separazione delle funzioni di programmazione, acquisto di prestazioni, e controllo - assegnate alle 8 Agenzie di Tutela della



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Salute (ATS) - da quelle di erogazione delle prestazioni assistenziali - assegnate alle 27 Aziende sociosanitarie territoriali (ASST) e agli altri erogatori privati accreditati. A cinque anni dall'introduzione della riforma si possono rilevare le seguenti criticità:

- La frammentazione dell'impianto di *governance* porta a uno sfilacciamento della catena del comando e a una risposta non coordinata, da parte degli erogatori del sistema, ai bisogni di salute della popolazione.
- La dispersione dell'attività di controllo (in capo alle 8 ATS) e l'assenza di un forte presidio centrale di controllo (nonostante l'Agenzia di Controllo regionale) comportano l'emergere di disomogeneità della qualità dell'offerta sul territorio.
- L'assenza di un solido raccordo organizzativo tra ospedale e territorio comporta fenomeni di inappropriatazza nel percorso di presa in carico, soprattutto dei pazienti più fragili.
- La separazione delle funzioni di governo da quelle di erogazione (tra ATS e ASST) delle attività territoriali si traduce in un coordinamento delle stesse non pienamente efficace. In effetti, il distretto, tradizionalmente luogo di sintesi tra i bisogni di salute della popolazione di riferimento e l'offerta dei servizi, è un'articolazione delle ATS con compiti di governo e programmazione mentre l'erogazione delle prestazioni distrettuali è affidata alle ASST e ai soggetti erogatori.
- La separazione delle funzioni dell'attività di prevenzione, con l'attribuzione delle competenze di governo alle ATS e di erogazione alle ASST, ha indebolito questa funzione strategica.
- La competizione tra ASST ed erogatori privati accreditati (alcuni dei quali con rilevanza nazionale oltre che locale) genera difficoltà nell'assegnazione del budget, nel controllo delle prestazioni erogate, e nel garantire omogeneità nella qualità dei servizi, nonché determina l'esigenza di ricondurre l'offerta privata ad una maggiore funzionalità rispetto alla programmazione regionale, finalizzandola a soddisfare il fabbisogno di assistenza rilevato a seguito di un'analisi della domanda e del livello di soddisfazione della stessa.

TABELLA 2. Assetto attuale del SSL e sintesi delle criticità

	Assetto attuale del SSL	Criticità
Programmazione, accreditamento, acquisto (negoiazione e contrattualizzazione) delle prestazioni erogate	Le 8 ATS implementano la programmazione regionale, accreditano le strutture, negoziano e contrattualizzano le prestazioni	La frammentazione dell'impianto di <i>governance</i> porta a uno sfilacciamento della catena del comando e a una risposta non coordinata, da parte degli erogatori del sistema, ai bisogni di salute della popolazione
Attività di controllo	Le 8 ATS esercitano l'attività di controllo sulle prestazioni erogate, con la regia dell'Agenzia di controllo regionale	La dispersione dell'attività di controllo e l'assenza di un forte presidio centrale comportano l'emergere di disomogeneità della qualità dell'offerta sul territorio



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

	Assetto attuale del SSL	Criticità
Integrazione tra ospedale e territorio	L'integrazione tra <i>setting</i> ospedaliero e <i>setting</i> territoriale non è compiutamente strutturata, nell'attuale impianto del modello lombardo	L'assenza di un solido raccordo organizzativo tra ospedale e territorio comporta fenomeni di inappropriately, ritardi ed errori nel percorso di presa in carico, soprattutto dei pazienti più fragili
Presidio dell'attività territoriale	La competenza sulle attività territoriali non è chiaramente definita. In particolare, il distretto, luogo deputato alla ricomposizione organizzativa, è un'articolazione delle ATS ma l'erogazione delle prestazioni distrettuali è affidata alle ASST e ai soggetti erogatori del SSL	L'attribuzione condivisa delle attività territoriali si traduce in un coordinamento delle stesse non pienamente efficace
Attività di Prevenzione	Il Dipartimento di Prevenzione è inquadrato nell'ATS ma l'erogazione delle prestazioni di prevenzione è in carico alle ASST e agli altri soggetti accreditati	L'attribuzione a due enti separati dell'attività di prevenzione (con le rispettive competenze di commissione - ATS - ed erogazione - ASST) ha indebolito questa funzione strategica

Proposta di armonizzazione: le principali funzioni del Sistema Sociosanitario Lombardo da concertare alla normativa statale (d.lgs. 502/1992)

Alla luce delle precedenti premesse, è stato sviluppato un modello di armonizzazione dell'attuale assetto organizzativo del sistema sanitario lombardo che avanza alcune proposte di interventi strategici finalizzati a migliorare l'integrazione tra gli attori del sistema e a ridefinire con chiarezza i ruoli e le competenze attraverso una revisione dell'impianto istituzionale, caratterizzata principalmente dalla costituzione di un'unica ATS, a sostituzione delle 8 attuali.

La proposta di riorganizzazione deve rispondere in primo luogo all'esigenza di riallineare l'impianto rispetto al dettato normativo nazionale (in particolare, il d.lgs. 502/1992) per tutti gli ambiti in cui vi è uno scostamento rilevante e, in secondo luogo, proporre ulteriori modifiche che meglio possano garantire la capacità di risposta del sistema alle esigenze socio sanitarie della popolazione.

Queste indicazioni riprendono gli attori del sistema lombardo, senza stravolgerne la tassonomia istituzionale, ma ne ridefiniscono le funzioni, i ruoli e le responsabilità.

Alla Regione vanno ricondotte non solo le funzioni di pianificazione, programmazione e indirizzo ma anche quelle di accreditamento, in quanto costituiscono una leva fondamentale di governo. Questo consentirebbe una valorizzazione dell'attività dei soggetti privati accreditati all'interno della programmazione regionale, finalizzandola verso gli ambiti in cui si siano rilevate, dalla stessa Regione, le criticità dell'offerta, sulla base dell'analisi dei bisogni e del livello di soddisfacimento degli stessi. Questo rafforzamento della *governance* regionale prevede l'eliminazione delle attuali otto ATS e l'istituzione di un'unica ATS regionale, eventualmente con articolazioni territoriali. La dimensione regionale dell'ATS permetterebbe, tra l'altro, un'efficace attività di governo dell'offerta degli erogatori lombardi di profilo nazionale: all'ATS unica sarebbe quindi riservata l'attività di negoziazione e contrattazione con gli erogatori, in larga parte ospedalieri, pubblici e privati accreditati, che per loro natura rispondano a una domanda di salute non localmente delimitata. Si



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ipotizza un ruolo – nella definizione degli Accordi Contrattuali e nell'attività di controllo – riservato alle ASST, per quanto riguarda gli erogatori di prestazioni ospedaliere, ambulatoriali e sociosanitarie di scala più prettamente locale.

La Regione dovrebbe inoltre riappropriarsi della funzione di vigilanza di tutti i soggetti erogatori, o attraverso proprie strutture/organismi di controllo, oppure tramite l'Agenzia di controllo. All'ATS unica dovrebbe spettare lo svolgimento di supporto tecnico a tale attività di vigilanza.

Sulla base di questo impianto, la Regione (tramite l'Agenzia di Controllo) o l'ATS unica svolgerebbero il controllo sul rispetto degli Accordi Contrattuali dalla stessa stipulati con gli erogatori privati accreditati di valenza regionale o extraregionale, mentre le ASST eserciterebbero i controlli sul rispetto degli Accordi Contrattuali e sulla qualità, efficacia e congruità delle prestazioni, in regime di ricovero e ambulatoriale, erogate dalle altre strutture pubbliche e private accreditate insistenti nel proprio territorio.

Si riportano nella tabella a seguire (Tabella 3), tramite un confronto con la normativa nazionale e regionale vigente, **i cambiamenti obbligatori e necessari** per armonizzare il Sistema Sociosanitario Lombardo.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

TABELLA 3. Sintesi: attribuzione delle competenze prevista dal d.lgs. 502/1992, dalla legge regionale lombarda 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) come modificata dalla legge regionale 23/2015 di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo, proposta di nuovo modello organizzativo.

	Normativa nazionale d.lgs. 502/1992	Normativa regionale lombarda legge regionale 23/2015	Proposta di nuovo modello organizzativo
Istituzioni/Funzioni	ASL, AO/AOU, IRCCS	8 ATS, 27 ASST, Agenzia di controllo, IRCCS	1 ATS , 27 ASST, Agenzia di controllo, IRCCS
Pianificazione, programmazione e indirizzo	Regione	Regione	Regione
Attuazione della programmazione e degli atti di indirizzo regionali	Aziende sanitarie	ATS: attuano la programmazione definita dalla Regione; attuano gli indirizzi regionali	ASST : attività di indirizzo, di pianificazione, programmazione ed organizzazione dei servizi in applicazione degli atti di indirizzo, di pianificazione e di programmazione regionali
Accreditamento istituzionale alle strutture autorizzate pubbliche e private	Regione: rilascia accreditamento istituzionale alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta	ATS: accredita le strutture sanitarie e sociosanitarie in possesso dei requisiti sulla base della presentazione di una SCIA	Regione : alla Regione viene ricondotta la funzione di accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche, private e dei professionisti che ne facciano richiesta, in quanto strumento fondamentale di governo del sistema
Acquisto delle prestazioni (Accordi Contrattuali con gli erogatori accreditati)	Regione e Aziende sanitarie locali definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano gli Accordi Contrattuali con quelle private accreditate e con i professionisti accreditati	ATS: stipulano gli Accordi Contrattuali con gli erogatori pubblici e privati accreditati e possono concordare con tali soggetti di modificare la propria offerta per rispondere ai bisogni dei cittadini Le ASST non sono competenti a stipulare gli Accordi Contrattuali con gli erogatori	Regione o ATS unica : stipulano gli Accordi Contrattuali con gli erogatori per attività di ambito regionale o extraregionale, sulla base dell'analisi del fabbisogno locale svolta dalle ASST ASST : stipulano gli Accordi Contrattuali con gli erogatori di prestazioni ospedaliere, ambulatoriali e sociosanitarie per attività in ambito locale



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

	Normativa nazionale d.lgs. 502/1992	Normativa regionale lombarda legge regionale 23/2015	Proposta di nuovo modello organizzativo
Vigilanza e supervisione del controllo sul rispetto degli Accordi Contrattuali, sulla qualità dell'assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni erogate	La Regione e le aziende sanitarie attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli Accordi Contrattuali nonché sulla qualità dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni rese	Regione: • Approva Piano annuale dei controlli e dei protocolli e le disposizioni rivolte ai soggetti che svolgono i controlli. • Governa i flussi informativi Agenzia di controllo: • Propone alla Regione il Piano annuale dei controlli e dei protocolli • Coordina le ATS nello svolgimento dei controlli sugli erogatori • Svolge raccordo funzionale a garanzia della coerenza del sistema dei controlli	Regione tramite Agenzia regionale di controllo: • Supervisiona e vigila sul sistema di erogazione delle prestazioni da parte di aziende pubbliche, erogatori privati accreditati • Emana direttive sull'attività di controllo • Fa analisi sui risultati dei controlli • Media su contestazioni sorte a seguito dei controlli svolti da ATS
Controllo sul rispetto degli Accordi Contrattuali, sulla qualità dell'assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni erogate	La Regione e le aziende sanitarie attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli Accordi Contrattuali nonché sulla qualità dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni rese	Agenzia regionale di controllo: programma e coordina i controlli svolti dalle ATS che per tale attività sono funzionalmente collegate all'Agenzia ATS: svolgono i controlli sulle strutture sanitarie e sociosanitarie coordinandosi con l'Agenzia di controllo Le ASST non svolgono attività di controllo sugli erogatori	Regione (tramite Agenzia di controllo) o ATS unica: controlla gli erogatori di valenza regionale o extraregionale con cui ha stipulato gli Accordi Contrattuali ASST: controlla gli erogatori ospedalieri ambulatoriali sociosanitari con valenza locale con cui ha stipulato gli Accordi Contrattuali



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

	Normativa nazionale d.lgs. 502/1992	Normativa regionale lombarda legge regionale 23/2015	Proposta di nuovo modello organizzativo
Erogazione delle prestazioni sanitarie	Alle aziende sanitarie afferiscono i Distretti, i Dipartimenti di prevenzione e i presidi ospedalieri	ASST: erogazione di tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie attraverso i due Poli in cui sono articolate (Polo territoriale e Polo ospedaliero). Le ASST attuali non sono articolate in Distretti e in Dipartimenti di Prevenzione	ASST eroga tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Alle ASST afferiscono i Distretti, i Dipartimenti di prevenzione, i Dipartimenti di salute mentale nonché i presidi ospedalieri ai sensi del d.lgs. 502/1992
Governo ed erogazione delle prestazioni distrettuali	Distretti quali articolazioni delle aziende sanitarie	Distinzione tra attività di governo ed attività di erogazione delle prestazioni distrettuali • I Distretti sono articolazioni dell'ATS e svolgono attività di governo • Le ASST (Polo territoriale) erogano le prestazioni distrettuali	Distretti , quali articolazioni delle ASST con la previsione del Direttore di Distretto : hanno le funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni distrettuali, con il coinvolgimento dei sindaci
Governo ed erogazione delle prestazioni per la tutela della salute della popolazione	Dipartimenti di Prevenzione quali strutture operative delle aziende sanitarie	Distinzione tra attività di governo ed attività di erogazione delle prestazioni di prevenzione sanitaria • I Dipartimenti di Prevenzione sono articolazioni dell'ATS e svolgono attività di governo • le ASST erogano le prestazioni di prevenzione	Dipartimenti di Prevenzione , costituiti quali articolazioni delle ASST: hanno le funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni per la tutela della salute della popolazione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Oltre alle proposte sopra evidenziate, si suggerisce di **attivare ulteriori modifiche migliorative**, quali:

- Valutare la possibilità di ridefinire le **dimensioni delle ASST** al fine di renderle maggiormente funzionali all'organizzazione dei servizi sanitari sulla base della popolazione di riferimento ed efficienti nell'erogazione delle prestazioni ai cittadini.
- Costituire un'**ATS unica**, con eventuali articolazioni territoriali, con compiti di:
 - supporto tecnico alla programmazione regionale: valutazione epidemiologica, analisi, dati, informazioni, supporto tecnico per l'adozione di provvedimenti regionali;
 - funzioni tecnico amministrative specialistiche a livello accentrato: gestione di funzioni per cui l'accentramento permette efficienze e semplificazione dei processi;
 - funzioni di coordinamento delle ASST e supporto nel miglioramento dei processi tecnico amministrativi e organizzazione sanitaria e sociosanitaria.
- Assegnare la **negoiazione e la contrattazione con gli erogatori privati di profilo regionale e extraregionale** - in alternativa alla Regione secondo il modello proposto nella tabella 3 - **all'ATS unica**, ferme restando le **attività di contrattazione** con gli erogatori privati di **valenza locale** delle ASST.
- Assegnare le **attività di controllo** sul rispetto degli accordi contrattuali con gli erogatori accreditati **di valenza regionale o extraregionale** - in alternativa alla Regione secondo il modello proposto nella tabella 3 - **all'ATS unica**, ferme restando le **attività di controllo** sul rispetto degli accordi contrattuali con gli erogatori accreditati **di valenza locale** alle ASST.
- Attribuire **all'Agenzia di controllo** (quale organismo terzo tecnico scientifico della Regione) **compiti di programmazione, analisi, vigilanza e di supervisione** dell'attività di controllo svolta sul sistema di erogazione delle prestazioni da parte di aziende pubbliche ed erogatori privati accreditati. Inoltre, attribuire **all'Agenzia di controllo** la competenza all'emanazione di direttive, di analisi sui risultati dell'attività di controllo, di risoluzione delle contestazioni sorte a seguito dei controlli svolti dall'ATS unica o dalle ASST. Valutare la possibilità di assegnare tutti i controlli sugli erogatori pubblici e privati accreditati all'Agenzia di controllo.
- **Rafforzare l'integrazione tra ospedale e territorio** facendo leva sul rilancio e sulla valorizzazione di alcune soluzioni organizzative e di alcuni strumenti previsti dalla riforma lombarda (incremento numerico dei Presidi ospedalieri territoriali e dei Presidi socio sanitari territoriali; potenziamento del servizio di ADI; valorizzazione della Gestione Operativa anche in sede di dimissione; investimento ulteriore sul fascicolo sanitario elettronico; estensione modello di Presa in Carico (PIC) dei pazienti cronici) e investire sull'introduzione o il rafforzamento di innovazioni organizzative (introduzione della figura dell'infermiere di comunità e dell'infermiere di famiglia; promozione di forme di cooperazione/agggregazione dei MMG/PLS, soprattutto in configurazioni multi-specialistiche).
- Rispetto all'ambito specifico delle cure primarie, **promuovere e favorire forme di aggregazione dei MMG/PLS**, non necessariamente nella configurazione di gruppi mono-professionali ma soprattutto favorendo gruppi multi-specialistici (MMG e specialisti ambulatoriali).



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- Sostenere l'integrazione tra la medicina primaria e gli altri servizi del sistema sanitario tramite **la condivisione del fascicolo sanitario elettronico e il finanziamento di infrastrutture e tecnologiche adeguate.**
- Per le attività di prevenzione, prevedere una stretta collaborazione tra i neocostituiti Dipartimenti di Prevenzione delle ASST, nodo strategico dell'assistenza sanitaria collettiva, i Dipartimenti di salute mentale e il Direttore Sociosanitario per la regia sia dell'erogazione diretta delle prestazioni, sia sul governo di quelle non erogate direttamente.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Conclusioni

La proposta di riorganizzazione del sistema sociosanitario lombardo, scaturita da una analisi qualitativa delle dimensioni sociosanitarie ad oggetto di una organizzazione regionale, nonché dall'analisi delle criticità rilevate a seguito dell'introduzione del d.lg n. 23/2015, focalizza taluni cambiamenti obbligatori e necessari per armonizzare questo stesso, nonché per allinearli alle disposizioni normative nazionali (in particolare, il d.lgs. 502/1992).

Il fine è quello di garantire al sistema una capacità di risposta efficiente e coerente con le esigenze socio sanitarie della popolazione di riferimento.

In particolare **si rende necessario** porre in atto le seguenti prescrizioni:

- Istituire i **Dipartimenti di Prevenzione**, costituiti quali articolazioni delle ASST, con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni per la tutela della salute della popolazione.
- Istituire i **Distretti**, costituiti quali articolazioni delle ASST, con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni distrettuali, prevedendo un adeguato coinvolgimento dei sindaci.
- Istituire i **Dipartimenti di Salute Mentale**, costituiti quali articolazioni delle ASST, con il compito di gestire la domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio di riferimento.
- Istituire la figura del **Direttore di Distretto**, selezionato ai sensi della normativa vigente.
- Assegnare alle **ASST** l'attuazione degli atti di indirizzo, di pianificazione e di programmazione regionali con le connesse attività di programmazione ed organizzazione dei **servizi a livello locale**, sulla base della popolazione di riferimento.
- Attribuire alla **Regione** la funzione di **accreditamento istituzionale** delle strutture pubbliche, private e dei professionisti che ne facciano richiesta.
- Assegnare alla **Regione** (tramite l'**Agenzia di controllo**), oppure all'ATS unica, funzioni di vigilanza e controllo degli erogatori privati accreditati di valenza regionale o extraregionale con cui ha stipulato gli Accordi Contrattuali e assegnare alle ASST la funzione di controllo degli erogatori privati accreditati: ospedalieri, ambulatoriali e sociosanitari, con valenza locale, con cui hanno stipulato gli Accordi Contrattuali.

Vi sono poi talune **indicazioni** che rappresentano un **suggerimento migliorativo** utile per coadiuvare al nuovo modello organizzativo del Sistema Sociosanitario Lombardo, tra le quali:

- **Costituire un'ATS unica** con funzioni tecnico amministrative specialistiche a livello accentrato, con il compito di coordinamento delle ASST e supporto nel miglioramento dei processi tecnico amministrativi e di organizzazione sanitaria e sociosanitaria ed infine con l'incarico tecnico di supporto alla programmazione regionale (valutazione epidemiologica, analisi, dati, informazioni, supporto tecnico per l'adozione di provvedimenti regionali).
- Assegnare all'**ATS unica**, o in alternativa alla Regione secondo il modello rappresentato, la **negoiazione e la contrattazione** con gli erogatori privati di profilo regionale e extraregionale.
- Assegnare all'**ATS unica**, o in alternativa alla Regione secondo il modello rappresentato, le **attività di controllo** sul rispetto degli Accordi Contrattuali con gli erogatori privati accreditati di valenza regionale o extraregionale, ferme restando le attività di controllo sul rispetto degli Accordi Contrattuali con gli erogatori privati accreditati di valenza locale alle ASST.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- Assegnare alla **Regione**, oppure all'ATS unica, l'incarico di **stipula degli Accordi Contrattuali** con gli erogatori privati accreditati per attività **di ambito regionale o extraregionale**, ed assegnare alle **ASST**, previa valutazione del fabbisogno locale, l'incarico di **stipula degli Accordi Contrattuali** con gli erogatori privati accreditati di prestazioni ospedaliere, ambulatoriali e sociosanitarie per attività **in ambito locale**.
- Attribuire all'**Agenzia di controllo** (quale organismo regionale terzo tecnico scientifico) compiti di programmazione, analisi, vigilanza e supervisione dell'attività di controllo svolta sul sistema di erogazione delle prestazioni da parte di aziende pubbliche ed erogatori privati accreditati.
- Attribuire alla **Agenzia di Controllo** la competenza all'emanazione di direttive, di analisi sui risultati dell'attività di controllo, di risoluzione delle contestazioni sorte a seguito dei controlli svolti.
- Valutare la possibilità di ridefinire le **dimensioni delle ASST** al fine di renderle maggiormente funzionali all'organizzazione dei servizi sanitari della popolazione di riferimento ed efficienti nell'erogazione delle prestazioni ai cittadini.

Sarebbe opportuno porre in atto tali interventi con tempestività al fine di rendere operative le indicazioni fornite, scaturite dall'analisi quali-quantitativa rappresentata, con diretta incidenza sulla modifica della legge regionale n. 23 dell'11 agosto 2015.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Bibliografia

Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 *“Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33”* (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).

PDL 228 del 2015 e DGR 5113 del 2016

Legge regionale 31/1997

D.lgs. 502/1992

Linee guida per la stesura POAS

POAS ATS e ASST