



Regione Lombardia

COMMISSIONE SVILUPPO SANITÀ

**PROPOSTE DI SVILUPPO
DEL SERVIZIO SANITARIO
E SOCIO SANITARIO LOMBARDO**

L'ASSISTENZA TERRITORIALE

MILANO, 30 GIUGNO 2014

PROPOSTE DI SVILUPPO DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO E SANITARIO LOMBARDO – ASSISTENZA TERRITORIALE

Obiettivo del presente documento è illustrare **linee strategiche e indirizzi** che la Commissione Sviluppo Sanità, come da sue competenze costitutive, intende proporre al Governo della Regione Lombardia nell'area territoriale.

Tali proposte rispondono anche ai seguenti temi indicati nel decreto di nomina: 1) medicina e presa in carico territoriale in relazione allo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio e alle dinamiche legate alla cronicità, 2) metodologie volte a una ulteriore riduzione di sprechi, inefficienze e inappropriately in modo mirato, in grado di distinguere i sistemi virtuosi da quelli inefficaci, evitando l'applicazione di tagli lineari (spending review) che rischiano di compromettere la corretta erogazione dei servizi e 3) settore sanitario e socio-sanitario come area di sviluppo economico, di ricerca e di occupazione qualificata.

Questa nota è articolata nei seguenti capitoli:

- Contesto di riferimento
- Sfide da affrontare
- Proposte di sviluppo
- Considerazioni finali e spunti per un lavoro successivo

CONTESTO DI RIFERIMENTO

I risultati raggiunti negli anni dal Servizio Sanitario e Sociosanitario Lombardo sono ampiamente riconosciuti.

In particolare il sistema ospedaliero è costituito da 37.000 letti circa con:

- Un indice di posti letto entro la soglia prevista dal D.L. 95/2012 (3,8 posti letto per 1.000 abitanti considerato il saldo della mobilità attiva)
- Una distribuzione di letti in presidi con meno di 120 posti letto inferiore rispetto alla media nazionale (19% vs. 33%)
- I cosiddetti piccoli ospedali (<120 pl) situati nelle aree a minore densità abitativa e quindi "punto di riferimento" sul territorio

Negli anni il sistema è evoluto, **riducendo i ricoveri** (-26% negli ultimi 15 anni) e **il numero dei soggetti trattati** (da 1.294.000 a 958.000 tra il 1997 ed il 2012), nonostante l'aumento e l'invecchiamento della popolazione. I ricoveri in regime ordinario sono diminuiti, spostandosi verso le prestazioni ambulatoriali che sono quasi raddoppiate in 10 anni.

Il sistema territoriale è costituito dalle attività legate **alle cure primarie e di continuità**, e da un insieme di servizi che comprende l'intera rete dei servizi sociosanitari (e.g. RSA, RSD, CDI, CDD, CSS, ADI, riabilitazione, dipendenze) e alcuni servizi sanitari (es. ADP, prevenzione sanitaria e veterinaria). L'offerta è garantita da una serie di operatori e fornitori complementari, in cui però **non è sempre rintracciabile una chiara azione di regia complessiva**.

L'evoluzione negli anni dell'offerta dei servizi è stata accompagnata da uno **spostamento della spesa sanitaria verso il territorio**, per cui nel 2012 la spesa per l'assistenza ospedaliera si è attestata sul 40,4% circa vs. il 54,8% circa per l'assistenza territoriale. Nel corso degli ultimi 5 anni le risorse economiche destinate al finanziamento delle attività socio sanitarie sono incrementate raggiungendo nel 2012 un valore di 1.650.000.000 Euro.

Tabella 1: *Suddivisione prestazioni in LEA della Regione Lombardia (fonte DG Sanità)*

Livelli di Assistenza / anno	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	4,3	4,1	4,5	4,6	4,5	4,2	4,6	4,6	4,6	4,6
2 - Assistenza distrettuale*	48,1	48,8	48,6	48,4	49,4	48,5	48,6	52,6	52,9	54,7
3 - Assistenza ospedaliera	47,7	47,1	46,9	46,9	46,1	47,2	46,8	42,8	42,5	40,7

- * il 90% dell'attività viene svolta in ospedale e solo il 10% negli ambulatori territoriali, Il 24% della spesa è per esami di laboratorio

Per rispondere adeguatamente alle esigenze della popolazione, la Regione Lombardia sta **perseguendo la sperimentazione di alcuni modelli innovativi di assistenza territoriale**, tra cui:

- I CReG, per la presa in carico delle patologie croniche, basata sulla corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (CReG) a un soggetto Gestore, che deve garantire tutti i servizi extra-ospedalieri necessari per una buona gestione clinico organizzativa delle patologie croniche con un minor utilizzo dell'ospedale
- Lo Sportello Unico per il Welfare, che prova a rispondere all'esigenza del cittadino di avere informazioni e accesso unitario a tutte le tematiche legate al welfare
- I Centri per la Famiglia, per orientare e facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari

SFIDE DA AFFRONTARE

Le sfide a cui l'offerta sanitaria della Regione Lombardia deve rispondere sono raggruppabili in tre macro-ambiti:

1. **Il contesto economico ed epidemiologico**
2. **La frammentazione e disomogeneità dell'attuale offerta sociale e sanitaria sul territorio**
3. **L'innovazione e la ricerca**

1. Il contesto economico ed epidemiologico

Il contesto economico ed epidemiologico italiano è caratterizzato da un lato dalla “non crescita” del finanziamento (sia pubblico che privato) e dall'altro dall'aumento della popolazione cronica spesso con polipatologie, con una crescita esponenziale ripetuta per anno (e.g. infarti, HIV, oncologici, BPCO).

Infatti, i Paesi a economia avanzata affrontano, fin dagli anni '60, una continua crescita della spesa sanitaria complessiva, pubblica e privata, dovuta a:

- **Continuo sviluppo delle tecnologie sanitarie** (e.g. farmaci, vaccini, presidi, programmi di assistenza, percorsi diagnostico terapeutico assistenziali, organizzazione dei servizi) che hanno modificato l'esito di molte patologie (infettive come l'HIV, cardiovascolari, oncologiche per citarne solo tre tra le principali), e che hanno come conseguenza l'incremento dei costi di assistenza sanitaria (sopravvivenza agli eventi infausti con modifica della condizione a cronico e crescita annuale del numero, ad esempio, di infartuati sopravvissuti)
- **Crescita delle aspettative di mantenimento della salute da parte della popolazione** in generale, che si riverbera sulla continua richiesta di prestazioni sanitarie, e la conseguente non accettazione dello stato di “malattia” e sue conseguenze
- **Fenomeni sociali di mobilità (globalizzazione) e di condivisione comunicativa (internet)** della popolazione, con l'allargamento dei confini di relazione e di informazione. Le conseguenze possono andare dalla relativa facilità di trasmissione di patologie infettive (e.g. HIV, TBC, HCV) fino alla conseguenza di ricerca di informazione su patologie o stati di salute percepiti attraverso percorsi liberi (false informazioni) e non controllati

Oltre a ciò l'Italia presenta due ulteriori elementi di criticità:

- **Aumento della popolazione anziana**, come conseguenza dello sviluppo della tecnologia e quindi della sopravvivenza agli eventi infausti: l'Italia sta diventando un Paese anziano, tanto da contendere al Giappone il primato mondiale del più alto indice di vecchiaia (popolazione residente oltre 65 anni/popolazione residente 0-15). Gli assistiti anziani costano di più (in Lombardia come nel resto del mondo) e richiedono un'assistenza sanitaria distribuita sul territorio con prossimità al loro domicilio. Nel 2012 gli assistiti definibili come cronici nella regione in base ai dati di esenzione e di classificazione nella BDA (Banca Dati Assistito) erano pari al 31,8 % dei 10.157.474 assistiti totali lombardi per una spesa complessiva a loro riconducibile pari al 79,6 % del totale (per le sole voci ricoveri, farmaceutica territoriale, specialistica e file F). Pertanto

qualsiasi sviluppo del Servizio Sanitario deve tenere in considerazione il modello di assistenza per assistiti cronici.

- **Pressione economica e relative tensioni finanziarie** che negli ultimi stanno condizionando il Paese. La previsione a medio periodo è, di fatto, un'invarianza di finanziamento, in presenza di una spesa che tendenzialmente sale (ad esempio per incremento del numero dei pazienti cronici, come i diabetici¹ o i sieropositivi da HIV²), che creerà alle Regioni problemi di deficit nei loro bilanci.

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

2. La frammentazione e dell'attuale offerta sociale e sanitaria sul territorio

Come emerge dalla discussione all'interno della Commissione Sviluppo Sanità, anche con il contributo del Direttore Generale della DG Salute, del Direttore Generale della DG Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato e di Dirigenti degli Assessorati su argomenti specifici, l'offerta territoriale sociale e sanitaria risulta a oggi costituita da un universo di produttori e di attori, che presenta alcune potenziali aree di miglioramento. In particolare a oggi:

- **Non è sempre rintracciabile una chiara azione di regia complessiva**, i percorsi e le opzioni sono difficilmente riconoscibili da cittadini e operatori stessi e non sono omogenei sul territorio regionale
- Tipicamente l'offerta **non risponde in modo integrato ai bisogni complessivi dell'utenza** (sia di tipo sociale che sanitario), oltre alla non ottimizzazione dell'assistenza, il rischio di sovrapposizioni e non chiarezza (e.g. servizio di riabilitazione afferente alla DG Famiglia e cure per post acuto)
- La discontinuità tra ospedale e territorio e tra diversi operatori del territorio stesso si origina anche da un **rapporto e confronto tra professionisti** non sempre ideale e collaborativo, ma più spesso inesistente/minimale e/o conflittuale
- Mancano o vengono scarsamente utilizzati e diffusi **strumenti di misura e valutazione** dell'efficacia terapeutico-assistenziale ed economica

Uno dei segnali di una non ottimale presa in carico sul territorio è per altro rappresentata dalla tipologia delle prestazioni dei codici bianchi e verdi che accedono al pronto soccorso in Regione Lombardia (si riporta a titolo di esempio la Tabella 2).

¹ 22.572 è la stima di nuovi casi di diabete per anno in Lombardia (fonte SID su dati ISTAT e ISS),

² 832 nuovi casi di trattamenti farmacologici tra il 2011 ed il 2012 per HIV in Lombardia ad un costo medio di 7.800 € circa per caso ogni anno (Fonte GAT HIV Regione Lombardia)

Tabella 2: diagnosi dei Pronti Soccorso della Lombardia per principali accessi (2013)

Diagnosi	Bianchi	Verdi
7242 – Lombalgia	12,89%	6,55%
9999 - Altre e non specificate complicazioni di cure mediche, non classificate altrove	10,75%	9,54%
462 - Faringite Acuta	10,51%	4,87%
4659 - Infezioni acute delle vie respiratorie superiori, sede non specificata	7,65%	3,19%
7806 – Febbre	6,11%	5,33%
V221 - Control altr grav normale	5,50%	5,41%
78096 - Dolenzia generalizzata	5,00%	4,60%
78900 - Dolore addom sede non sp	4,95%	6,69%

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

3. L'innovazione e la ricerca

I Sistemi Sanitari sono oggi caratterizzati da una grande **complessità** a causa di:

- **Innumerevoli tecnologie sanitarie** (farmaci, vaccini, programmi di assistenza, PDT/PDTA, modelli organizzativi) che vengono utilizzate e offerte
- **Dinamicità del contesto** che richiede da parte degli operatori un continuo adattamento al variare delle conoscenze scientifiche e delle esigenze organizzative
- **Mutata relazione medico-paziente**, con quest'ultimo sempre più informato ed esigente
- **Mutato atteggiamento della società nei confronti della medicina**, con aspettative dei pazienti a volte superiori a quanto la medicina può fare

Pertanto la sanità, per rispondere alla sua missione, deve avere una **forte componente di formazione e ricerca.**

In Italia la **formazione continua** del personale sanitario è regolata dall'educazione continua in medicina (ECM). Questo modello oggi presenta **alcuni limiti:**

- Lascia all'iniziativa personale la scelta dei fabbisogni formativi
- L'offerta è spesso sostenuta dall'industria farmaceutica o dai produttori dei dispositivi medici, con possibili situazioni di conflitto di interessi
- La formazione è obbligatoria, ma l'obbligatorietà non è seguita da adeguate sanzioni
- Manca da parte del Ministero della Salute e delle Regioni un coerente e chiaro ruolo di indirizzo sulle priorità della formazione
- Non sembra adeguato per supportare interventi di formazione, accompagnate da campagne di educazione sanitaria, sui grandi temi della medicina

Il modello attuale di formazione continua **non sfrutta il potenziale di impatto formativo della ricerca scientifica**. Questa infatti consente di capire il rapporto tra teoria e pratica, di portare il proprio contributo, di partecipare alla preparazione, alla conduzione e alla raccolta dei risultati, allena a diventare più critici ad interpretare il lavoro degli altri, a discriminare tra risultati utili e futili. In tal senso la ricerca scientifica dovrebbe essere estesa a tutto il personale del SSN e in particolare ai MMG e ai PLS.

Oggi la responsabilità della formazione del MMG è delegata alle Regioni che hanno sviluppato modelli ed esperienze differenti, senza però ancora cogliere appieno le sfide in atto.

L'evoluzione del contesto epidemiologico, la centralità della medicina sul territorio e la possibile evoluzione del ruolo del MMG **impongono una riflessione sui modelli formativi in atto, in modo da sfruttare in pieno l'innovazione e la ricerca come motore del cambiamento.**

PROPOSTE DI SVILUPPO – LE LINEE GUIDA

Per rispondere in modo sostenibile alle sfide enunciate in precedenza, la Commissione suggerisce che **il nuovo modello sociosanitario territoriale lombardo evolva seguendo cinque linee guida:**

- 1. Presa in carico “globale” dell’individuo e della famiglia**
- 2. Presa in carico “attiva” della fragilità e della cronicità**
- 3. Prossimità e facilità di accesso ai servizi**
- 4. Misurabilità e valutazione**
- 5. Integrazione ospedale e territorio**

Linea Guida 1: Presa in carico “globale” dell’individuo e della famiglia, attraverso un modello che superi l’attuale frammentazione del sistema, persegua nei fatti l’integrazione socio-sanitaria-assistenziale e garantisca la continuità all’interno del percorso di cura/assistenza tra i diversi attori e fornitori di servizi.

Gli elementi fondamentali del modello di integrazione socio-sanitaria-assistenziale sono:

- 1. La valutazione multidimensionale del bisogno**, individuando i diversi gradi di complessità della condizione del paziente, dal punto di vista assistenziale, sanitario, socio-relazionale ed ambientale. La Valutazione Multidimensionale si avvale di scale validate e condivise ed è effettuata da alcune figure invariante (MMG, infermiere e assistente sociale) e altre figure specialistiche che intervengono “secondo necessità” (e.g. specialisti medici, fisioterapista, educatore...)
- 2. L’unitarietà dell’intervento e del percorso assistenziale**, con concorso professionale di personale medico, infermieristico, riabilitativo e di servizio sociale professionale
- 3. Il progetto personalizzato** che tenga conto degli obiettivi di salute da raggiungere, del responsabile del caso (case manager) e della verifica delle azioni compiute sotto il profilo della qualità e degli esiti

Linea Guida 2: Presa in carico “attiva” della fragilità e della cronicità, che consenta di gestirle, anche prima del verificarsi degli episodi di acuzie, in percorsi socio-sanitari-assistenziali definiti e monitorati. Concetti delineati all’interno del Chronic Care Model (o nella sua evoluzione Expanded Chronic Care Model), che infatti si basa sulla capacità del paziente di intervenire sul proprio stato di salute insieme al lavoro integrato di diversi professionisti (es. MMG, Infermieri, Medici Specialisti, ...). Il modello si basa sui seguenti principi:

- **Organizzazione multidimensionale e di team dell’assistenza**, che affronti in modo integrato ed “olistico” il bisogno di salute degli individui
- **Proattività degli interventi**, le consuete attività cliniche e assistenziali sono integrate e rafforzate da interventi programmati di promozione della salute, educazione sanitaria (anche a famiglie e caregiver), prevenzione, follow-up con sistemi automatici di allerta e di richiamo
- **Supporto a self management e empowerment del paziente**, con l’obiettivo di aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire conoscenze, abilità e motivazioni nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi
- **Adozione di linee guida, percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e protocolli basate sull’EBM**, condivise in riunioni periodiche del team
- **Sistemi informativi** a supporto del team, ad esempio attraverso: funzioni di allerta, monitoraggio dei livelli di performance e aderenza alle linee guida, registro di patologia, monitoraggio e valutazione dei progetti e degli interventi
- **Sviluppo di condizioni sociali favorevoli**, attraverso l’alleanza con le associazioni di cittadini e gruppi di volontariato, lo sviluppo di gruppi di auto-mutuo aiuto

Linea Guida 3: Prossimità e facilità di accesso ai servizi, garantendo che i cittadini, anche quelli che abitano lontano dai centri principali possano trovare una “porta di accesso” adeguata al sistema (importante soprattutto in caso di riorganizzazione dei presidi ospedalieri), **semplificazione dell’accesso** (anche sburocratizzazione) e **riconoscibilità dei servizi**, non solo sanitari e sociali, ma anche amministrativi di cui i cittadini (anche sani) devono usufruire (e.g. cambio medico, certificato, ...).

Linea Guida 4: Misurabilità e valutazione dell’efficacia terapeutico assistenziale ed economica dei percorsi individuati, delle prestazioni erogate e dei diversi operatori ed attori, con l’obiettivo di indirizzare e perseguire il più appropriato utilizzo delle risorse pubbliche e la sostenibilità del sistema stesso.

Linea Guida 5: Integrazione ospedale e territorio (con tutti i molteplici operatori e fornitori si servizi) per una efficace presa in carico e accompagnamento senza frammentazione del percorso di cura, riconducendo ad una azione generata in prossimità la gestione delle patologie croniche.

PROPOSTE DI SVILUPPO – LE AZIONI

Per sviluppare in concreto le cinque Linee Guida sopra enunciate, la Commissione suggerisce che la Regione Lombardia attui **cinque Azioni**:

1. **Sviluppo di Centri Sociosanitari (Territoriali)**
2. **Innovazione del ruolo dei professionisti**
3. **Sviluppo di modelli e strumenti di presa in carico integrata della fragilità**
4. **Investimenti in formazione e ricerca dedicati all'assistenza territoriale**
5. **Sviluppo e utilizzo di un sistema di monitoraggio, valutazione e incentivazione**

Azione 1 – Sviluppo di Centri Sociosanitari (Territoriali)

I Centri Sociosanitari (Territoriali) sono pensati come il punto di accesso riconoscibile al sistema della salute lombardo. Rappresentano il luogo di incontro tra le diverse figure professionali e un elemento di integrazione tra l'ospedale e il territorio.

Come tali devono essere caratterizzati da **tempi di apertura compatibili con i ritmi della vita lavorativa e aperti alle esigenze di una società multiculturale**; luoghi di ascolto, accompagnamento e presa in carico; luoghi di salute, **non ospedali, non pronti soccorso** e neppure uffici amministrativi.

Secondo la Commissione questi centri dovranno garantire:

- L'organizzazione della presa in carico dei cittadini attraverso sistemi di valutazione multidimensionale del bisogno standardizzati a livello regionale
- Un'attività di indirizzo verso i diversi nodi della rete a seconda delle esigenze rilevate, anche in accordo e in collaborazione con i Comuni per quanto di loro competenza
- L'erogazione di alcune prestazioni sanitarie, quali ad esempio medicina generale, assistenza infermieristica, prelievi per analisi di laboratorio, diagnostica strumentale semplice (ECG, Eco, Spirometro, Saturimetro) ma anche prevenzione su group risk adjusted, visite specialistiche, formazione per i care givers
- Il punto di accesso 8-20 agli assistiti nei giorni feriali nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, anche per prestazioni di primo soccorso secondo quanto previsto dalla L. 189/12
- Lo sviluppo di una sanità di iniziativa, attraverso campagne di prevenzione, educazione sanitarie e attività fisica adattata
- La presenza “concentrata” di un'offerta di servizi socio sanitari oggi dispersi sul territorio e poco conosciuti, quali ad esempio quelli erogati dai consultori, dai centri vaccinali o dai centri diurni
- La possibilità di ospitare attività del terzo settore funzionali alla risposta di bisogni di salute

Il Centro Sociosanitario, dovendo garantire una **presa in carico e un accompagnamento multidimensionale**, dovrebbe prevedere la presenza delle seguenti figure:

- MMG e PLS in forma organizzata

- Figure infermieristiche, anche con l'obiettivo di sperimentare ruoli di Care Manager/Infermiere Tutor
- Disability and Case Manager, come indicato dal recente Piano Nazionale Disabilità
- Educatori/psicologi/assistenti sociali/operatori del settore
- Medici specialisti per le patologie a maggior diffusione e la possibilità di attivare second opinion specialistiche a distanza grazie all'uso di strumenti di telemedicina
- Associazioni di volontariato

La progettazione di queste realtà territoriali dovrà tener conto della localizzazione e del contesto di relazioni in essere nella specifica ASL. Sarà necessario immaginare configurazioni diverse a seconda che il Centro sia localizzato in una città metropolitana come Milano o in una piccola città di provincia o in una zona montana e/o rurale, dove è impensabile sguarnire completamente i piccoli paesi dall'assistenza del MMG (si vedano Tabelle 3 e 4). Mediamente si può pensare ad un Centro Sociosanitario ogni 15.000 abitanti, con l'aggregazione di circa 8-10 MMG e PLS per raggiungere elementi di efficienza (circa 400 strutture in Regione per assistere l'intera popolazione eleggibile, da avviare gradualmente).

Tabella 3: MMG e PLS presenti in Lombardia (fonte Ministero della Salute, 2011)

	Medici di medicina generale	Adulti residenti per medico di medicina generale	Scelte per medico di medicina generale
Lombardia	6.669	1.289	1.289
ITALIA	46.061	1.144	1.143
	Pediatri di Libera Scelta	Bambini residenti per pediatra di libera scelta	Scelte per pediatra di libera scelta
Lombardia	1.181	1.120	932
ITALIA	7.716	1.030	870

Tabella 4: Residenti nelle ASL della Lombardia (fonte Ministero della Salute, 2011)

	Maschi	Femmine	Totale
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BERGAMO	544.677	554.063	1.098.740
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI BRESCIA	569.698	584.305	1.154.003
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI COMO	291.122	303.866	594.988
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI CREMONA	178.071	185.535	363.606
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LECCO	167.269	172.898	340.167
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LODI	115.961	119.162	235.123
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MANTOVA	203.037	212.405	415.442
A.S.L. DI MILANO	759.336	834.064	1.593.400
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 1	459.975	479.979	939.954
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 2	315.661	326.158	641.819
A.S.L. PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA	403.290	420.399	823.689
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI PAVIA	266.378	281.929	548.307
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI SONDRIO	89.653	93.516	183.169
A.S.L. DELLA PROVINCIA DI VARESE	429.796	453.489	883.285
A.S.L. DI VALLECAMONICA-SEBINO	50.600	51.422	102.022

Analogamente la progettazione dovrebbe cogliere le opportunità offerte dallo stato delle relazioni tra i diversi attori nelle varie ASL. In alcuni territori infatti le ASL hanno nel tempo costruito relazioni di valore con MMG/PLS e sperimentato modelli di presa in carico della cronicità e della fragilità che è importante valorizzare.

In questo senso, qualora il contesto lo renda opportuno, il Centro Sociosanitario (Territoriale) potrebbe prevedere anche la possibilità di ampliare il perimetro dell'offerta. Ad esempio potrebbe:

- Effettuare prestazioni di ambulatorio specialistico, nel rispetto della programmazione della ASL
- Effettuare diagnostica per immagini anche con metodiche radiologiche, in coerenza con il piano territoriale (e.g. se si tratta di conversione di struttura esistente con servizio di radiologia già presente)
- Effettuare prestazioni riabilitative (con particolare riferimento alle ambulatoriali) coerentemente al disegno di riordino in atto
- Ospitare servizi per l'area della salute mentale, coerentemente al disegno che si verrà a delineare in Regione Lombardia
- Organizzare la continuità assistenziale sostituendo la guardia medica per i propri assistiti
- Effettuare prestazioni di urgenza per i propri assistiti (presa in carico durante l'apertura dal primo medico disponibile)
- Coordinare ADI e ADP
- Astanteria ove l'organizzazione e la struttura fisica lo permettano

Elemento necessario del Centro Sociosanitario (Territoriale) è **un sistema informativo** – integrato con il SISS – in grado, tra le altre cose, di mappare la domanda di servizi e il tipo di risposta fornita, di gestire le scale di valutazione multidimensionale in uso, la predisposizione e aggiornamento di piani terapeutici/percorsi individuali e di raccogliere indicatori clinici e di esito sui diversi percorsi attivati. Questa condizione permetterà al centro di avviare l'attività di ricerca, valutazione e governo delle attività che caratterizzerà il prossimo futuro dell'assistenza.

La Governance del Centro Sociosanitario (Territoriale) dovrà essere garantita dal Servizio Sanitario Regionale, in modo da garantire le attività di analisi del bisogno, indirizzo e regolamentazione, programmazione, contrattualizzazione e controllo dei servizi che verranno erogati nel Centro, dai possibili diversi fornitori (e.g. gruppi di medici di famiglia, assistenti sociali, infermieri, ...). La gestione dei servizi potrà essere realizzata in forme differenti (cooperative, società di servizi, ecc.).

Ovvero, i diversi servizi, sotto la responsabilità di diversi attori e Istituzioni saranno localizzati in spazi fisici contigui, **utilizzando sistemi informativi compatibili** (che diventano elemento di monitoraggio, scambio informativo e controllo) e **condividendo momenti di programmazione congiunta** sulla base di obiettivi definiti e dei bisogni dell'utenza.

Azione 2 - Innovazione del ruolo dei professionisti

La Commissione ritiene che le nuove sfide che il Sistema Sanitario Lombardo deve affrontare richiedano un ripensamento dei ruoli storicamente giocati dai diversi professionisti e che questo sia un'importante opportunità per valorizzare le professionalità e le competenze delle diverse figure professionali.

Il **MMG** oltre alle attuali attività di cura **può essere uno dei registi delle attività di presa in carico**, attivando figure professionali e strumenti (e.g. diagnostica, CReG, unità d'offerta sociosanitaria) in un nuovo ruolo di coordinamento e governo clinico, superando la presa in carico individuale dell'assistito e mettendo in pratica un modello di assistenza di team e multidimensionale.

L'infermiere evolve nella direzione di Care Manager, ovvero identifica le esigenze assistenziali di tipo infermieristico (assistenza domiciliare, controllo dei parametri, educazione sanitaria, ...) e ne coordina l'erogazione.

Lo specialista ospedaliero è di volta in volta coinvolto dal MMG a seconda della specificità del bisogno complesso (e.g. doppia diagnosi, dipendenze, ...) e deve consentire il raccordo e la continuità con il presidio ospedaliero di riferimento (per territorio e patologia)

L'assistente sociale e le altre figure professionali di tipo socio-assistenziali identificano le esigenze di tipo socio-assistenziali e seguono gli interventi, confrontandosi e osservando le linee guida condivise con le istituzioni di riferimento.

Come indicato nella Linea di Azione 1, il Centro Sociosanitario Territoriale è il luogo fisico di accesso al sistema, presa in carico e incontro di queste figure professionali.

Per consentire l'evoluzione professionale delle diverse figure verso il nuovo modello di presa in carico e assistenza, sarà necessario mettere in atto sistemi di remunerazione, incentivazione e controllo che rafforzino il lavoro di team, l'aggregazione e il raggiungimento degli obiettivi di salute condivisi.

Azione 3 – Sviluppo di modelli e strumenti di presa in carico integrata della fragilità

Le diverse forme di integrazione oggi presenti o in sperimentazione andrebbero messe a sistema e fatte evolvere secondo un disegno complessivo e coerente, che realizzi un modello di presa in carico proattiva, integrata e multidimensionale.

In particolare per quanto riguarda il modello oggi in sperimentazione in Regione Lombardia di presa in carico dei pazienti cronici (**CReG**) riteniamo sia necessario:

- Intervenire in modo proattivo sui pazienti fragili, introducendo accanto alla dimensione clinica la dimensione sociale, quando necessaria, integrando in modo multidisciplinare il team, e trovando il corretto grado di integrazione con lo specialista
- Intervenire con azioni di promozione, prevenzione e di educazione sul paziente, sulla famiglia e sul caregiver, anche attraverso le figure infermieristiche ed assistenziali
- Definire, monitorare e valutare obiettivi di risultati di efficacia terapeutica (sviluppo ed evoluzione del PAI e adesione ai PDTA, adesione alla terapia, riduzione delle ospedalizzazioni, ...), e di costo (prescrizioni diagnostiche, farmaceutiche, ...).

Analogamente, i percorsi di assistenza specialistica territoriale (ex Nuove Reti Sanitarie) dovrebbero trovare una maggiore integrazione con il MMG ed evolvere verso una gestione della polipatologia. E i diversi modelli sviluppati per accompagnare i pazienti con altri tipi di fragilità (riduzione della mobilità, riabilitazione, sostegno psicologico, accompagnamento, formazione ed educazione) andrebbero potenziati e armonizzati.

A supporto dell'obiettivo di continuità assistenziale andranno sviluppati strumenti e modelli di relazione che consentano al Centro Socio-sanitario (Territoriale), al Presidio Ospedaliero Territoriale e agli altri operatori sul territorio (RSA, cure intermedie, riabilitazione, ...) **di formare insieme un sistema di offerta integrato**. Andrà garantita in particolare la continuità assistenziale non solo nei momenti di diagnosi e cura, ma soprattutto nelle discontinuità (e.g. ricovero e dimissioni). I modelli di collaborazione dovranno far leva su:

- Collaborazione tra i diversi professionisti (e.g. discussione del caso e del follow-up alla dimissione)
- Valorizzazione delle sinergie e ottimizzazione dei percorsi (e.g. accelerazione/facilitazione del ricovero in strutture per post-acuti)
- Cartelle cliniche e PAI condivisi

Azione 4 - Investimenti in formazione e ricerca dedicati all'assistenza territoriale

La Commissione ritiene che **Formazione e Ricerca siano fondamentali** per migliorare le competenze degli operatori sanitari e per partecipare in modo attivo all'espansione delle conoscenze. **Le due funzioni sono interattive** e idealmente il modo migliore per realizzare la formazione è la partecipazione a progetti di ricerca, **trasformando il Servizio Sanitario in un grande laboratorio dove idee e azioni ruotano attorno alla centralità del cittadino e dell'ammalato**. Si intende in questo modo utilizzare i mezzi informativi messi a disposizione attraverso le varie banche dati esistenti.

Lo spettro della ricerca dovrà essere il più vasto possibile, **dovrà coinvolgere tutti gli operatori del SSR e in particolare gli MMG e i PLS e rispondere ai bisogni del SSR**. A titolo di esempio potrebbe riguardare la sperimentazione comparativa di interventi per la prevenzione nelle sue varie articolazioni, la ricerca epidemiologica per avere dati certi su

incidenza e prevalenza delle varie forme di patologia identificandone le cause e i fattori di rischio, studi clinici controllati comparativi, monitoraggio delle sperimentazioni gestionali.

Questo implica lo sviluppo di **un programma pluriennale di ricerca, finanziato in modo adeguato**, secondo alcune direttrici che dovranno essere coordinate a livello interregionale per evitare duplicazioni e favorire le collaborazioni. Sarà importante garantire, anche **in collaborazione con la rete di Università e di IRCCS lombardi**, lo sforzo necessario per arruolare MMG e PLS, la cui partecipazione ai progetti di ricerca è fondamentale per molti problemi che non sono risolvibili a livello ospedaliero e che richiedono invece di essere studiati nell'ambito delle attività territoriali.

La formazione dovrà anche comprendere elementi che favoriscano il superamento delle barriere (anche culturali) tra ospedale e territorio e ne supportino l'integrazione, ad esempio facendo conoscere a tutti gli aspetti salienti dell'uno e dell'altro, sviluppando tirocini anche sul territorio.

Azione 5 - Sistema di monitoraggio, valutazione e incentivazione

Il rafforzamento del sistema di monitoraggio e valutazione e l'evoluzione del sistema di incentivi sono un elemento chiave **per lo sviluppo sostenibile e di qualità** del sistema socio sanitario lombardo.

Questo si traduce, secondo la Commissione, in quattro linee di intervento.

1. **Organizzare un flusso informativo ricco**, che risponda ai fini di comprensione dell'esito dei servizi erogati, di ricerca e di formazione oltre che ai fini amministrativi di rendicontazione. E' questa una tendenza già in atto, come testimoniato da molti passaggi della DGR 1185 del 2013, in cui viene sancito l'obiettivo di integrazione del flusso informativo a scopi di monitoraggio e controllo. In particolare gli elementi di risk adjusted (e.g. età, reddito, genere, disabilità) per lo screening di prevenzione e di EBCR (Evidence based case rate) per la valutazione degli outcome appaiono essenziali.
2. **Attivare momenti di confronto sugli outcome dei servizi erogati e sulla loro appropriatezza**. L'idea è di sfruttare il necessario momento della valutazione per innescare fenomeni di "crescita collaborativa" che non siano solo benchmarking, ma che spingano l'intero sistema verso l'adozione delle pratiche che risultano migliori.
3. **Sviluppare, all'interno dei contratti, forme di incentivazione** che indirizzino il raggiungimento di risultati di outcome e di sostenibilità economica. Per esempio legare parte non trascurabile della retribuzione al raggiungimento di obiettivi di salute (riduzione delle ospedalizzazioni, adesione alla terapia, ...) e appropriatezza prescrittiva e terapeutica (% di consumo di classi di farmaci/patologie presenti, prescrizioni di RM e TAC, ...).
4. **Introdurre alcuni elementi tipici della valutazione anche dei fornitori (vendor rating)** per quella parte di servizi che viene acquistata sul territorio.

Considerazioni finali e spunti per un lavoro successivo

Questa nota non esaurisce ovviamente tutti i temi legati al rinnovamento del sistema sociale e sanitario sul territorio, bensì si prefigge di indicare le Linee Guida di sviluppo e alcune proposte operative. Ci rendiamo conto che queste proposte richiedono una trasformazione del modello di assistenza e, di conseguenza, del modo di lavorare dei diversi professionisti (es. da lavoro individuale a lavoro di gruppo, in team con diverse professionalità, in continuità nei diversi momenti di assistenza, secondo obiettivi condivisi di assistenza e di innovazione e ricerca).

Analogamente andrà ulteriormente sviluppato un modello di finanziamento di provider e professionisti non basato sulle prestazioni, bensì su tariffe di presa in carico per patologia e percorso.

Crediamo altresì che questa sia una proposta sicuramente sfidante, ma realizzabile e, soprattutto, quanto mai necessaria per mantenere il livello di eccellenza raggiunto e continuare ad adempiere in modo sostenibile, equo e di qualità al mandato di garantire il diritto di Salute in Regione Lombardia. Il processo di trasformazione non sarà immediato e andrà pertanto guidato dalle direzioni competenti con determinazione e facendo leva sulle numerose esperienze e sperimentazioni in corso sul territorio.

Inoltre la Commissione ritiene che ci siano alcuni temi meritevoli di attenzione e successivo approfondimento, che non sono stati adeguatamente trattati in questa prima fase di lavoro.

Tra questi ricordiamo a titolo esemplificativo:

- Il ruolo e governo delle **strutture intermedie** di cura, a cavaliere tra ospedale e territorio, che potrà meglio essere affrontato in un secondo tempo congiuntamente al gruppo di lavoro Ospedali della Commissione anche in base alle riflessioni di quest'ultimo
- Gli strumenti operativi di supporto **all'integrazione tra ospedale e territorio** (e.g. formazione specifica, gestione delle agende, gestione delle dimissioni, ...)
- **L'assistenza psichiatrica**, per cui urge una riflessione specifica su come garantire continuità di cura e multidimensionalità dell'intervento (doppia diagnosi) e assicurare una presa in carico globale della persona e della famiglia
- Il tema ricordato nel decreto di nomina sul settore come area di **sviluppo economico, di ricerca e di occupazione qualificata**, sul quale ad oggi il documento ha elaborato principalmente la parte riguardante la ricerca