

## 6. SANITÀ

### 6.1. L'evoluzione del contesto legislativo

#### 6.1.1. L'istituzione del sistema sanitario nazionale

Con l'emanazione della l. 833/1978 è stato istituito in Italia il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), configurato, sul modello del *National Health System* inglese, come un sistema universalistico in cui la salute viene considerata come diritto fondamentale di ciascun individuo. Il finanziamento del SSN veniva garantito esclusivamente dallo Stato attraverso la tassazione generale e i contributi versati dai lavoratori e dai datori di lavoro. Nonostante il sistema delineato dalla normativa fosse di tipo pubblico e basato su una programmazione centralizzata stabilita a livello parlamentare (Piano sanitario nazionale), la stessa l. 833/1978 non escludeva la presenza di privati, prevedendo un rapporto di convenzione con alcuni soggetti quali, per esempio, i medici e i pediatri di base, alcuni centri diagnostici e alcune case di cura private. Pertanto, sul finire degli anni Ottanta e al principio degli anni Novanta in diversi Paesi europei, compresa l'Italia, si accese un dibattito politico sulla necessità di introdurre le logiche di mercato nella sanità pubblica. Questa necessità di modificare e riordinare il sistema era inoltre motivata dalla crescente crisi economica che aveva colpito il Paese e che rendeva insostenibile la crescente spesa sanitaria di un sistema che non teneva conto delle logiche di efficacia ed efficienza proprie del settore privato.

#### 6.1.2. La riforma De Lorenzo-Garavaglia

Il processo di riordino del sistema, avvenuto al principio degli anni Novanta, fu intrapreso con il d.lgs. 502/1992 e con il successivo d.lgs. 517/1993. Queste modifiche legislative, note come riforma De Lorenzo-Garavaglia, non misero in discussione i principi fondanti il SSN, ma introdussero sostanziali cambiamenti a livello istituzionale, gestionale e amministrativo. In particolare: a) l'introduzione del principio di aziendalizzazione nella gestione, attraverso la trasformazione delle Unità socio-sanitarie locali (USSL) in Aziende sanitarie locali (ASL); b) il trasferimento delle competenze gestionali alle Regioni, con ridimensionamento del ruolo dei Comuni; c) la separazione tra programmazione (Stato, Regioni) e gestione (ASL); d) l'istituzione di un sistema di accreditamento, che introduceva competizione all'interno del contesto pubblico; e) la definizione del Fondo sanitario nazionale sulla base del finanziamento effettivo, assicurato dalla legge finanziaria e non più in funzione delle indicazioni del Piano sanitario nazionale.

#### 6.1.3. La riforma lombarda e la legge regionale 31/1997

In tale contesto legislativo, utilizzando il trasferimento delle competenze alle Regioni, la Lombardia emanò la l.r. 31/1997 (11 luglio 1997) «Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali». Tale legge rappresenta tuttora il nucleo fondante della riforma lombarda (come affermato anche nel Piano socio-sanitario regionale 2007-2009).

La l.r. 31/1997 ha messo al centro del sistema il cittadino considerato come persona, facendo esplicitamente riferimento nella normativa (art. 11.1) al concetto di umanizzazione dell'assistenza sanitaria. Il miglioramento del servizio offerto si è concretizzato anche in una maggiore libertà di scelta, che consente al singolo cittadino lombardo di essere libero di scegliere l'ospedale in cui essere curato, all'interno delle strutture accreditate, pubbliche e private. All'art. 1.2 si indica come elemento fondante del sistema il «principio di sussidiarietà solidale tra le persone, le famiglie, gli enti pubblici e i soggetti privati accreditati». Il modello di sussidiarietà orizzontale cui si fa riferimento nella normativa, si discosta dalla logica top down della sussidiarietà verticale e riconosce il ruolo attivo dei cittadini che diventano loro stessi partner nella presa in carico delle problematiche di salute di tutta la popolazione. A questo proposito viene riconosciuto valore anche ai soggetti privati, purché la loro attività sia finalizzata a fornire un servizio di pubblica utilità nel campo sanitario. Al privato viene dunque conferita «la piena parità di diritti e di doveri» rispetto al pubblico (art. 1.2).

L'elemento di forte differenziazione con gli altri sistemi sanitari regionali è la separazione tra i soggetti acquirenti, le ASL, che garantiscono il mantenimento dei livelli di assistenza definiti dal sistema di programmazione regionale e nazionale (art. 2.3) e i soggetti erogatori, le aziende ospedaliere (AA.OO), che erogano prestazioni sanitarie di secondo livello e specialistiche (art. 3.4). Tutta la normativa insiste sul concetto di aziendalizzazione, cioè le aziende ospedaliere sono chiamate ad adeguarsi agli standard qualitativi di efficienza ed efficacia delle aziende private (*ibidem*).

Nel modello lombardo le aziende sanitarie agiscono principalmente attraverso accordi con soggetti pubblici e privati erogatori delle prestazioni sanitarie e si presentano quali erogatrici dirette di servizi solo in via residuale; tale modello, pur tra aggiustamenti, difficoltà ed evoluzioni, rappresenta un punto di riferimento essenziale per ogni ragionamento sull'evoluzione della sanità nel nostro Paese (Balduzzi, 2005).

Tale sistema, in cui le ASL svolgono quasi esclusivamente funzioni di controllo e di acquisizione di prestazioni, ha come obiettivo principale quello di incentivare la competizione tra pubblico e privato e di consentire un più agevole controllo.

La normativa sottolinea infine la differenza tra le prestazioni sanitarie e assistenziali; la l.r. 31/1997 istituisce nelle ASL il dipartimento per le Attività socio-sanitarie integrate (ASSI) e la figura del direttore sociale.

Le innovazioni della l.r. 31/1997 presentano alcuni elementi che anticipano l'entrata in vigore della legge nazionale sulla razionalizzazione del SSN, il d.lgs. 229/1999 (denominato «Riforma Bindi»). In modo particolare vengono anticipati il principio della libertà di cura e il tema della qualità e dell'efficienza dei servizi erogati.

## **6.2. Domanda e offerta di salute**

### **6.2.1. La salute materno-infantile**

La salute materno-infantile può ritenersi di buon livello: la mortalità infantile in Lombardia si colloca tra i valori migliori, insieme ad altre regioni del Centro-Nord, valori inferiori alla media nazionale del 2,7 per 1.000 nati vivi nel triennio 2003-2005. Anche la mortalità infantile, importantissimo indicatore di sviluppo socio-sanitario mondiale, pone la Lombardia al di sotto della media nazionale del 3,7 per 1.000 nati vivi.

La percentuale di parti cesarei primari è passata nel quadriennio 2001-2005, rispettivamente da 18,69% a 19,59%, pur mantenendosi inferiore al dato nazionale, anch'esso incrementato da 22,96% a 25,86%. Il tasso standardizzato di abortività volontaria risulta essere di poco superiore alla media italiana (9,74 vs 9,23). I valori più alti di interruzioni volontarie di gravidanza in Lombardia sono principalmente legati ad una maggior presenza di popolazione straniera, più incline a praticare l'aborto, anche come misura estrema di contraccezione (tassi standardizzati di interruzioni volontarie di gravidanza per 1.000 donne residenti, straniere: 26,3 vs 7,3 di italiane) (Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2008).

### 6.2.2. La mortalità

I dati sulla mortalità mostrano un suo netto e costante decremento in Lombardia, in linea con la situazione nazionale. Nel dettaglio, la mortalità generale per gli uomini (tasso standardizzato per 10.000 per tutte le cause: 117,76, anno 2006) pure diminuita è lievemente superiore alla media nazionale (115,39), mentre quella per le donne è inferiore (67,91 vs 69,87) (*ibidem*).

La differenza in mortalità con il livello nazionale è ascrivibile alla maggior mortalità per tumori nel sesso maschile (tasso di mortalità standardizzato: 44,93 vs 38,81 a livello nazionale), ed in modo particolare per i tumori delle vie respiratorie, la cui mortalità risulta essere più elevata in Lombardia, anche tenendo conto delle differenze di età nelle diverse popolazioni regionali (per gli uomini: 12,20 vs 9,9 a livello nazionale) (*ibidem*).

Il tasso standardizzato di mortalità più alto è rilevato per le malattie cardiovascolari, con un dato sostanzialmente identico al quadro nazionale in ambedue i sessi. Questo dato è comunque in progressiva riduzione, come hanno dimostrato gli studi epidemiologici condotti a partire dalla fine degli anni Ottanta nel territorio della Brianza (Ferrario *et al.*, 2003).

Questo calo è in parte spiegato dalla riduzione dei primi eventi e ricorrenze di infarto (*attack rate*) e dalla diminuzione della letalità a 28 giorni, grazie al miglioramento delle campagne di prevenzione e delle terapie farmacologiche.

### 6.2.3. Gli anziani

Si è visto (☞ cfr. cap. 1 Area Sociale) che l'incidenza degli anziani sulla popolazione in età attiva è aumentata significativamente negli ultimi 15 anni ed è destinata a crescere ulteriormente. Tenuto conto che in Italia la popolazione anziana determina il 37% dei ricoveri ospedalieri ordinari e il 49% delle giornate di degenza e dei relativi costi stimati (Ambrosetti, 2008), l'invecchiamento della popolazione determinerà nei prossimi anni un onere maggiore a carico del servizio sanitario. È stato stimato che l'invecchiamento della popolazione europea, quale singolo fattore, produrrà, per il 2050, un aumento del 4-8% di prodotto interno lordo dedicato alla sanità e alle pensioni (Cesana, 2005).

Questa situazione, unita alla costante riduzione delle risorse pubbliche a disposizione delle politiche sanitarie, obbliga ad un ripensamento delle strategie e delle politiche sanitarie.

Per la Lombardia l'aspettativa di vita alla nascita è decisamente buona (☞ cfr. cap. 1 Area Sociale): per gli uomini è pari a 78,5 anni, per le donne a 84,3 anni (vs 78,4 e 83,8 dei valori medi in Italia).

#### 6.2.4. I fattori di rischio

Analizzando la diffusione dei principali fattori di rischio si può osservare che la prevalenza di popolazione sovrappeso o obesa, in Lombardia, pur se in incremento in questi ultimi anni, è sempre significativamente inferiore al valore nazionale (persone in sovrappeso: 30,9% vs 35,0% del dato nazionale; obesi: 9,3% vs 10,2% del dato nazionale, anno 2006) (Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2008). La percentuale di persone che praticano sport e attività fisica in maniera continuativa è significativamente più alta in Lombardia rispetto al resto d'Italia (25,1% vs 20,6% a livello nazionale, anno 2007). La percentuale di fumatori, in riduzione negli ultimi anni, è in linea con il dato nazionale (22,3% vs 22,7% a livello nazionale, anno 2006), anche se si riscontra, tra le donne, un incremento delle fumatrici, maggiore che a livello italiano (*ibidem*). La prevalenza dei consumatori di alcool a rischio (criterio ISS), nella fascia di età 19-64 anni, si attesta su valori superiori alla media nazionale. Ciò segnala l'opportunità di consolidare politiche di prevenzione del fenomeno, soprattutto tra i giovani.

Ottima la posizione della Lombardia per quanto riguarda la gestione dei rifiuti, sia per l'utilizzo degli inceneritori che per il forte impulso alla raccolta differenziata. Poiché vivere in un ambiente sano aumenta le prospettive di buona salute, la politica programmatoria è stata efficace ed è auspicabile proseguire in questa direzione.

#### 6.2.5. Le prestazioni e il personale

Il sistema serve 9,7 milioni di cittadini, pari al 16,2% dell'intera popolazione residente italiana. Gli ultra 65enni rappresentano il 19,9% degli utenti, e la popolazione sotto i 14 anni il 13% (ISTAT, 2009n). Gli stranieri regolari residenti alla fine del primo trimestre 2009 si attestavano a 905.000, pari al 9% circa della popolazione totale (ISTAT, 2009n).

Ogni anno in Lombardia si erogano 150 milioni di prestazioni ambulatoriali e si effettuano 2 milioni e mezzo di ricoveri. Più del 10% di prestazioni vengono erogate a cittadini provenienti da altre regioni, con picchi del 50% in aree complesse quali l'oncologia e la patologia cardiocerebrovascolare (Ministero della Salute, 2009c).

Gli operatori del Servizio sanitario sono circa 100.000. La Lombardia ha il numero più alto di medici e odontoiatri (12.686, pari a circa il 12% di medici e odontoiatri italiani, anno 2006), anche se il tasso per 1.000 abitanti è il più basso d'Italia (1,33 vs 1,8 di media nazionale). Anche il dato del personale infermieristico ricalca quello medico con 35.575 infermieri (13% del dato nazionale) e un tasso per 1.000 abitanti di 3,74 (nazionale 4,50). Il numero di medici è in decremento, quello degli infermieri è in lieve aumento (*ibidem*).

#### 6.2.6. La prevenzione

Dal punto di vista delle misure di prevenzione, i tassi di copertura vaccinale della popolazione in età pediatrica sono tra i più alti a livello nazionale, con valori superiori al 93% anche per il vaccino trivalente anti-morbillo-rosolia-parotite (anno 2006) (*ibidem*).

Le donne lombarde sono più attente della media italiana a taluni importanti controlli in assenza di sintomi (tabb. 6.1, 6.2 e 6.3). In particolare i tassi di prevenzione

sono più elevati, rispetto al livello nazionale, per le donne con basse credenziali educative (ISTAT, 2007e; Osservatorio nazionale screening, 2008), a testimonianza di una buona ricettività della popolazione alle campagne d'informazione, di screening e di controllo che permettono di intercettare e prevenire patologie che, se non individuate tempestivamente, possono diventare pericolose.

**Tabella 6.1** Donne di 40 anni e più che si sono sottoposte a mammografia senza la presenza di sintomi o disturbi per classe di età - Lombardia, Italia e ripartizioni - Anni 2004-2005 (tassi specifici per 100 donne della stessa età)

Regioni e ripartizioni geografiche	Classi di età				Totale
	40-44	45-54	55-64	65 e oltre	
Lombardia	47,8	76,1	83,9	54,9	65,5
Nord	49,0	76,1	84,1	55,2	65,7
Centro	43,6	70,7	78,2	53,8	61,7
Mezzogiorno	32,6	50,5	52,2	27,4	39,4
ITALIA	42,3	66,0	72,8	46,3	56,3

Fonte: elaborazione IReR su dati ISTAT (2007e)

**Tabella 6.2** Donne di 25 anni e più che si sono sottoposte a pap-test senza la presenza di sintomi o disturbi per classe di età - Lombardia, Italia e ripartizioni - Anni 2004-2005 (tassi specifici per 100 donne della stessa età)

Regioni e ripartizioni geografiche	Classi di età					Totale
	25-34	35-44	45-54	55-64	65 e oltre	
Lombardia	66,0	81,0	89,7	87,1	61,1	75,2
Nord	68,3	83,6	89,2	86,7	58,0	74,8
Centro	63,1	80,3	86,3	83,2	55,8	71,5
Mezzogiorno	34,1	56,0	64,4	57,6	31,0	46,7
ITALIA	54,7	73,5	79,9	76,7	49,2	64,7

Fonte: elaborazione IReR su dati ISTAT (2007e)

**Tabella 6.3** Donne di 45 anni e più che si sono sottoposte a controlli di osteoporosi senza la presenza di sintomi o disturbi per classe di età - Lombardia, Italia e ripartizioni - Anni 2004-2005 (tassi specifici per 100 donne della stessa età)

Regioni e ripartizioni geografiche	Classi di età			Totale
	45-54	55-64	65 e oltre	
Lombardia	25,1	56,9	49,0	44,6
Nord	24,1	55,9	47,1	43,4
Centro	23,2	55,3	48,9	43,4
Mezzogiorno	19,9	39,7	45,1	36,2
ITALIA	22,4	50,6	46,8	41,1

Fonte: elaborazione IReR su dati ISTAT (2007e)

La maggior propensione a sottoporsi a screening mammografico è ulteriormente confermata dai dati degli esami effettivamente eseguiti presso strutture sanitarie accreditate, costantemente superiori al 60% dal 2003 ad oggi, in particolare nel 2008

in Regione l'estensione dell'attività è stata pari al 96% e l'adesione al 62% (Regione Lombardia – D.G. Sanità). È da segnalare poi anche l'azione nell'ambito dello screening del carcinoma colon retto: nel 2005 l'estensione dello screening è stata pari al 6% (135mila persone invitate) e l'adesione al 29%; tre anni dopo l'estensione è arrivata al 51% (1.190mila persone) con un'adesione del 43% (Regione Lombardia – D.G. Sanità).

### **6.2.7. Le cure di primo e secondo livello**

Il sistema sanitario regionale è organizzato in 15 ASL, tutte munite di un Dipartimento di salute mentale, un Dipartimento di prevenzione e un Servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI). All'interno delle ASL lombarde sono attivati, nel complesso, 86 distretti socio-sanitari (Ministero della Salute, 2009c). L'assistenza sanitaria di base è assicurata dalla presenza di oltre duecento centri di Guardia medica e da una rete capillare di medici di medicina generale (MMG): 6.557 (dato 2008), di cui circa il 23% assiste oltre 1.500 pazienti (contro una media nazionale del 15,9%). Negli ultimi anni si sta assistendo ad un'importante evoluzione della medicina generale, con l'introduzione del DPR 270/2000 con cui si è voluto incentivare forme di aggregazione di più medici che permettessero una messa in comune di risorse e una revisione tra pari con vantaggi in termini di miglioramento della qualità delle cure e di maggior accessibilità di orari. In particolare l'Associazione in rete è la forma maggiormente adottata (27% dei MMG lombardi nel 2008). I pediatri di libera scelta sono 1.070, con un numero medio di bambini assistiti per pediatria di 1.109, in linea con i dati nazionali. Anche nel corso dell'ultima legislatura si è allargata l'offerta di strutture di erogazione e la partecipazione del privato come fornitore, tramite accreditamento e regolazione pubblica: dal 2004 al 2008 il numero di strutture private ospedaliere è passato da 87 a 103; le strutture pubbliche sono passate da 100 a 109.

Tra le esperienze sviluppate in questi ultimi anni all'interno delle cure primarie merita di essere ricordato lo sviluppo di Percorsi diagnostici e terapeutici (PDT) indirizzati verso alcune patologie ad alta incidenza e prevalenza sul territorio lombardo, come, per esempio, il diabete.

Per le cure di secondo livello si contano 29 Aziende ospedaliere, con un totale di 21.697 posti letto effettivamente utilizzati (pari a circa un terzo dei posti letto di tutte le AA.OO. italiane). Sul territorio lombardo sono presenti 17 Istituti di Ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), pari al 42% del totale italiano. Queste strutture ricoprono il 16% dell'offerta complessiva di letti utilizzati in Regione Lombardia (contro un 5% a livello nazionale). Alle strutture a carattere pubblico si aggiungono 18 strutture equiparate, 70 case di cura private accreditate e 10 enti non accreditati, i quali in totale mettono a disposizione un complessivo di 8.475 posti letto. Infine, per quanto riguarda le strutture sanitarie non ospedaliere, si possono ricordare i centri di laboratorio e le strutture ambulatoriali (323 pubblici e 494 accreditati), i Consultori materno-infantili (260) e i Centri di salute mentale (321).

### **6.2.8. La spesa sanitaria**

Rispetto alla vertiginosa crescita che ha caratterizzato i Paesi europei, la spesa sanitaria lombarda è cresciuta relativamente meno. Nel periodo 1995-2005, la spesa nazionale è cresciuta del 92,8% (da 48.136 a 92.804 Meuro), mentre nello stesso periodo l'aumento lombardo è stato pari all'84,3% (da 7.738 a 14.260 Meuro). La

spesa lombarda pro-capite nel 2007 è stata pari a 1.695 euro contro i 1.731 nazionali, la più bassa tra le regioni del Centro-Nord (Ministero della Salute, 2009c).

Anche il rapporto tra spesa sanitaria e PIL è il più basso d'Italia (4,85%, contro una media nazionale del 6,69%); dato giustificato dagli elevati livelli di produttività della Regione, ma anche interessante se considerata l'efficienza del sistema, le sue dimensioni e il fatto che le prestazioni erogate in Lombardia sono spesso caratterizzate da un'elevata complessità e, di conseguenza, da costi elevati. Anche il rapporto tra spesa sanitaria delle famiglie e PIL registra una significativa riduzione, passando dall'1,8% del 1998 all'1,74% del 2004, al di sotto del dato nazionale (1,9%) (ISTAT, 2007f).

### **6.2.9. La spesa farmaceutica**

Il tema rilevante dell'assistenza e della spesa farmaceutica (Cavalli e Otto, 2007) è stato affrontato in Lombardia mantenendo il lordo pro-capite a carico del SSN pari a 167 euro, contro i 191 della media nazionale. Dal 2007 al 2008 si è registrato un calo del 5,4% vs il calo del 3,4% nazionale. La spesa è sempre stata al di sotto del tetto del 13% fissato a livello nazionale (il 12,3% nel 2005, con una riduzione rispetto al 2004 dello 0,9%) (Ministero della Salute, 2009c). Il risultato dipende in parte dall'incremento delle entrate conseguente all'adozione del ticket, cui sono esenti la popolazione sotto i 14 anni e gli ultra 65enni. Inoltre è importante ricordare il contributo alla riduzione della spesa offerto dai MMG con la prescrizione di farmaci equivalenti, dotati di un costo inferiore, pur contenendo lo stesso principio attivo dei farmaci a marchio registrato.

### **6.2.10. Gli investimenti nell'edilizia sanitaria**

Gli investimenti in edilizia sono stati rilevanti, con un numero di interventi superiore a tutto il contesto nazionale: 3,5 miliardi di euro e 635 interventi nel decennio 1997-2007. Circa la metà delle iniziative di edilizia sanitaria riguardano la realizzazione o la ristrutturazione di presidi ospedalieri: Varese (ultimato e attivo dal 2007), Bergamo, Como, Legnano, Vimercate e Niguarda Ca' Granda di Milano. Il 33% degli interventi sono riferiti alle RSA e il 17% a strutture di supporto agli stessi presidi ospedalieri. La Regione ha fatto significativo ricorso al project financing in questo ambito. Al 2009, gli interventi finanziati da capitale privato hanno un valore complessivo di 1,27 miliardi di euro (Osservatorio nazionale sul project finance in sanità, 2008). La Lombardia copre circa il 74% degli investimenti tra i progetti censiti dall'Osservatorio nazionale project financing in sanità (*ibidem*) ed è al primo posto, con 15 progetti per un valore di 993 Meuro, coprendo il 23,4% del mercato della finanza di progetto in Italia.

### **6.2.11. Il pareggio del bilancio e gli strumenti di gestione**

La Lombardia è una delle pochissime Regioni italiane a statuto ordinario (insieme a Marche, Umbria e solo nel 2007 alla Toscana), ad aver conseguito, negli esercizi 2006 e 2007, il pareggio di bilancio. Il pareggio è stato realizzato grazie ad un processo, avviato da tempo, di razionalizzazione delle spese di funzionamento del settore sanitario che ha portato alla riduzione del numero delle aziende sanitarie (ASL e AA.OO.) da 85 (1996) a 44 e alla diminuzione del personale dipendente di queste strutture pari a 5.671 unità (*ibidem*). Nel 2008 si segnala un risultato di esercizio in positivo pari a 21,177 Meuro, aumentato di circa 30 Meuro a partire dal 2005,

segnalando un netto miglioramento, quindi, anche nella gestione economica regionale (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2008).

Regione Lombardia ha attivato un sistema di Osservatori per monitorare acquisti e procedure di gara, offrendo strumenti di informazione e confronto sui prezzi e sul mercato di riferimento sia a livello regionale che a livello nazionale; ha attivato inoltre la Centrale regionale acquisti che con gare su base regionale ha permesso significativi abbattimenti di costi. Inoltre, le aziende sanitarie della Regione, compresi gli IRCCS di diritto pubblico, hanno adottato, a partire dal 2002, un sistema unico regionale di contabilità analitica.

È stato inoltre istituito nel 2007 un Fondo socio-sanitario allo scopo di contenere le passività, stabilizzare i flussi finanziari e ottimizzare la gestione finanziaria delle aziende. Questo fondo ha l'obiettivo di realizzare un intervento di carattere strutturale e organizzativo mirante alla massimizzazione dell'efficienza nella gestione dell'esposizione debitoria delle aziende, al contenimento delle connesse passività finanziarie e alla riduzione dei tempi medi di pagamento dei fornitori (ormai stabilizzati al di sotto di 90 giorni).

#### **6.2.12. La tecnologia**

Dal 1995 ad oggi sono stati investiti quasi 3,5 miliardi di euro in strutture e tecnologie. La Lombardia può vantare il 15,4% delle Tomografie assiali computerizzate (TAC), il 16,4% delle Risonanze magnetiche nucleari (RMN) e il 18,7% degli Acceleratori lineari presenti sul territorio italiano. Nel dettaglio, il numero di TAC presenti in strutture pubbliche sono 155 (di cui ben 48 in case di cura accreditate) e le RMN sono 57 (contro le 41 nel privato accreditato). La Lombardia risulta essere l'area con la maggior densità di apparecchiature biomedicali rispetto alle altre Regioni italiane. A titolo esemplificativo, sul territorio regionale lombardo esiste una risonanza magnetica ogni 140.000 abitanti e una PET ogni 650.000 abitanti. Lo sviluppo tecnologico in sanità ha portato un progresso della diagnostica e della terapia di alcune patologie. Per esempio, allo stato attuale, è dimostrata scientificamente l'utilità di apposite strutture per la cura di patologie acute come l'ictus; circa la metà delle *stroke unit* italiane, le unità ad alto carico assistenziale e tecnologico per la cura delle malattie cerebrovascolari acute, sono situate in Lombardia (*ibidem*). Il PSS 2007-2009 conferma l'intenzione di investire in tecnologie atte a supportare l'*e-health* e la telemedicina.

#### **6.2.13. La ricerca e l'innovazione**

Per quanto riguarda la ricerca e l'innovazione, il sistema lombardo è un polo di riferimento in Italia e uno dei più importanti a livello europeo. In Lombardia sono presenti 56 dipartimenti universitari di Facoltà di Medicina, 47 istituti e 32 centri di ricerca. Tra i centri di ricerca possiamo ricordare l'Istituto Neurologico Carlo Besta, l'Istituto Mario Negri, l'Istituto oncologico europeo, l'Istituto nazionale dei tumori, l'Ospedale San Raffaele, l'Istituto clinico Humanitas. Inoltre in Lombardia sono attive il 54% delle organizzazioni, circa metà delle imprese e il 70% degli operatori che a vario titolo si occupano di biotecnologie in Italia, e più del 60% degli insediamenti farmaceutici produttivi presenti sul territorio nazionale (*ibidem*). Una caratteristica della realtà lombarda è l'uniformità della distribuzione di aziende di tutte le dimensioni (dalle piccole biotech a grandi aziende farmaceutiche) su tutto il territorio regionale, tutte accomunate da una forte vocazione verso l'innovazione e la ricerca. Il

comparto biotecnologico regionale con i suoi investimenti pari a 896 Meuro si pone pertanto in una posizione di leadership a livello nazionale.

La Lombardia ha scelto di investire in modo deciso nel campo della ricerca, con una particolare attenzione quella di tipo biomedico, richiamando professionalità italiane formate all'estero e favorendo la nascita di poli di ricerca che consentano un interscambio tra il mondo accademico e la realtà produttiva lombarda, sopra delineata. Attualmente Regione Lombardia ha sul suo territorio 492 centri di ricerca e trasferimento tecnologico rispetto ai quali ha avviato un processo di valutazione e accreditamento. Inoltre può vantare cinque parchi scientifici e tecnologici attivi nelle bioscienze e ospita due metadistretti dedicati alle biotecnologie. Negli ultimi anni, infine, ha partecipato a progetti nell'ambito della ricerca sanitaria: ad oggi sono stati sottoscritti e sono esistenti accordi con istituzioni sanitarie (regionali e nazionali) sia a livello europeo che mondiale. Esempio ne sono gli accordi con la Catalogna, il Massachusetts, l'Organizzazione mondiale della sanità (in materia di tubercolosi) e la Russia.

Il Piano socio-sanitario 2007-2009 ha identificato come settori strategici per la ricerca e l'innovazione: le neuroscienze, i sistemi avanzati per la riabilitazione, la trapiantologia, la biologia molecolare, le cellule staminali, la genetica, le malattie cardiovascolari, la ricerca traslazionale, l'oncologia e l'epidemiologia clinica.

### **6.3. Azioni e innovazioni del sistema sanitario regionale**

#### **6.3.1. Gradimento e attrattività del sistema**

La riforma sanitaria del 1997, unita alle politiche attivate in questi anni, ha permesso alla Lombardia di registrare risultati eccellenti. Sul piano della qualità dei servizi, la Lombardia è la regione che eroga prestazioni specialistiche con i minori tempi di attesa, con il 75% delle prenotazioni evase entro il primo mese. Come emerge dall'indagine multiscopo dell'ISTAT (ISTAT, 2007f), questi risultati si concretizzano in un giudizio sostanzialmente positivo da parte dell'utenza. In particolare, il giudizio dei cittadini sul miglioramento del sistema si attesta su una percentuale pari al 13%, rispetto alla media nazionale dell'11%. Inoltre, il 42% dei cittadini ha espresso un'alta valutazione del sistema, contro il dato nazionale del 34%. Alla soddisfazione dei cittadini lombardi si deve aggiungere quella dei cittadini provenienti dalle altre regioni italiane che si recano in Lombardia per ricevere cure (il 20% della mobilità interregionale italiana). Il privato e il privato sociale hanno dimostrato di dare un apporto fondamentale alla mobilità interregionale raccogliendo il 42% dei pazienti fuori Regione, con un incremento del 12% nel 2005. Questi ultimi dati rappresentano un fattore decisivo per la crescita, sia qualitativa che economica, del sistema regionale e soprattutto un presidio fondamentale per il diritto alla salute e la libertà di scelta dei cittadini.

#### **6.3.2. Appropriatelyzza dei servizi ospedalieri**

Sul fronte dell'appropriatelyzza del servizio possiamo citare la riduzione dei ricoveri ordinari e l'aumento di quelli in regime di day hospital, l'incremento complessivo dei ricoveri per problematiche chirurgiche (+5% dal 2000 al 2006) e la riduzione della degenza media. La degenza media pre-operatoria si è ridotta tra il 2002 e il 2006 del 10,56%, sintomo di appropriatelyzza organizzativa, passando da 1,83 a 1,64 giorni, uno dei valori più bassi tra le Regioni italiane (Osservatorio nazionale sulla salute

nelle regioni italiane, 2008). La scelta di intensificare l'assistenza verso le patologie più gravi, sviluppando interventi in day hospital e soprattutto l'attività ambulatoriale per tutti gli interventi minori ha indotto le istituzioni lombarde ad incrementare il numero di posti letto per acuti rispetto al resto del Paese e a diminuire, di conseguenza, il numero dei posti letto per non acuti nelle strutture ospedaliere; obiettivo, questo, inserito da anni nel PSN, ma mai raggiunto da tutte le Regioni. In Lombardia, negli ultimi anni, si sono sviluppate soprattutto le strutture in grado di fornire attività di riabilitazione e lungodegenza, adeguate alla cura di malattie croniche. Non è estranea a questo consolidamento anche la valorizzazione del privato sociale, che in Lombardia vanta una straordinaria tradizione. Il numero maggiore di posti letto per acuti è inoltre giustificato dalla maggior complessità dei casi trattati, in degenza ordinaria, in Lombardia rispetto al resto d'Italia (peso medio complessivo in regime ordinario di 1,34 in Lombardia rispetto a 1,26 come media per l'Italia). Il percorso istituzionale di accreditamento delle strutture sanitarie di ricovero e cura, nel corso degli ultimi anni, ha subito alcune sostanziali modifiche che hanno favorito l'incremento dei controlli volti a verificare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate (Brusoni *et al.*, 2007; Zangrandi, 2008). Nello specifico, fin dal 1997, la Regione ha favorito e finanziato progetti e azioni a sostegno della qualità: i Nuclei operativi di controllo (1997), la certificazione di qualità ISO (1998-1999), i progetti Joint commission e Crisp (2000), l'appropriatezza della degenza (2002), la Banca dati assistiti (2003), i progetti CRS-CISS e Reti di patologie (2004-2006). Lo sviluppo dei sistemi di controllo operato dalla Regione sopperisce i limiti dei processi di valutazione della qualità attualmente presenti nel mondo clinico, il quale, pur utilizzando criteri interni di valutazione del proprio operato, raramente li condivide con gli altri specialisti, anche appartenenti al medesimo settore. Inoltre, con l'introduzione del DGR VIII/9014 del 20 febbraio 2009, il sistema di accreditamento, dapprima fondato sull'analisi delle singole unità operative, si è ora indirizzato verso la valutazione delle strutture dipartimentali. Queste ultime costituiscono un'organizzazione integrata di differenti unità operative che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute. In tal modo, andando a valutare i Dipartimenti nella loro interezza, il sistema di accreditamento potrà favorire e verificare la realizzazione di percorsi clinici che saranno in grado di migliorare l'efficacia e l'efficienza del sistema.

### **6.3.3. La rete di emergenza e urgenza**

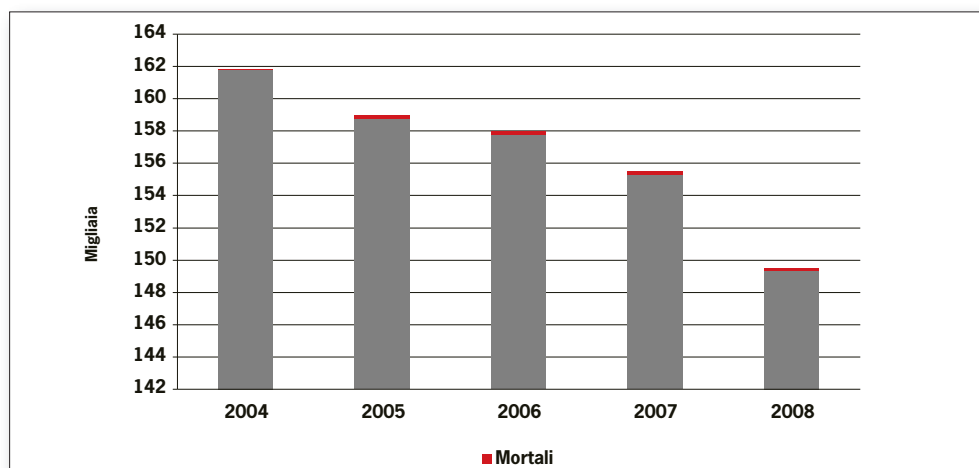
La rete ha avuto uno sviluppo significativo, anche grazie alle numerose strutture private accreditate. Sono presenti 45 Dipartimenti di emergenza, 58 strutture di pronto soccorso e 208 ambulanze (dati 2005); in Lombardia opera più di un quinto (22,4%) delle ambulanze pediatriche italiane (Ministero della Salute, 2009c). Nel dicembre 2007, in attuazione del PSSR 2007-2009, è stata approvata la l.r. 32/2007 che modifica la l.r. 31/1997 istituendo l'Azienda regionale dell'emergenza urgenza. Tale azienda coordinerà le diverse realtà, superando l'organizzazione di rete territoriale legata ad un'unica struttura ospedaliera (sarà per esempio più facile intervenire nelle zone di confine tra Province in caso di emergenze su larga scala).

### **6.3.4. La prevenzione**

In materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, in un quadro caratterizzato dalla tendenziale diminuzione degli infortuni (fig. 6.1), nel corso del triennio 2005-2007, sono

stati condotti oltre 34.000 sopralluoghi nei cantieri, luogo di lavoro a più alta frequenza infortunistica (Regione Lombardia – D.G. Sanità). In seguito all’emanazione del Testo unico in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro (d.lgs. 81/2008), per il triennio 2008–2010, il Piano per la sicurezza, condiviso con tutte le organizzazioni sindacali e le associazioni, prevede sia un incremento del numero dei controlli nelle aziende (nel 2008 sono stati effettuati 52.309 sopralluoghi), sia la promozione di sistemi di gestione della sicurezza e della salute sul lavoro all’interno delle aziende. Nel 2005 si registrava un aumento dei sopralluoghi pari al 9% arrivato al 109% nel 2008 (Regione Lombardia – D.G. Sanità). Tali azioni hanno portato a una diminuzione del numero assoluto degli infortuni sul lavoro (dai 164mila del 2003 ai 149mila del 2008) e a una contrazione della loro frequenza (dal 40,2 al 34,4). Si registra, però, un aumento degli incidenti mortali, passati dai 45 del 2004 ai 179 del 2008 (*ibidem*). La riduzione complessiva non è stata favorita solamente dal raddoppio delle ispezioni da parte delle ASL, ma anche da una diversa modalità con cui tali verifiche vengono effettuate: non più semplici controlli e sanzioni per il datore di lavoro che non applica la normativa, ma anche suggerimenti su come modificare concretamente in meglio le condizioni lavorative. Il tema dell’infortunio sul lavoro è, inoltre, strettamente correlato con quello della sicurezza stradale. Infatti, circa un terzo degli infortuni lavorativi mortali riconosciuti in Italia sono *in itinere*, ovvero durante lo spostamento del lavoratore dal domicilio al luogo di lavoro.

**Figura 6.1** Infortuni denunciati all’INAIL e infortuni mortali - Lombardia - Anni 2004-2008



Fonte: elaborazione IReR su dati Regione Lombardia

Nel campo della profilassi delle malattie infettive, sono stati revisionati gli interventi di prevenzione e controllo, sono stati assunti specifici provvedimenti per la pandemia influenzale e per le malattie sessualmente trasmesse.

È stata inoltre sviluppata una strategia regionale in ambito vaccinale, definendo il calendario delle vaccinazioni raccomandate, i requisiti di qualità dei servizi vaccinali e il superamento dell’obbligo tramite accordo col tribunale dei minori. È in corso la valutazione dei principi di efficacia e appropriatezza per i nuovi vaccini, antimeningite e antipapillomavirus. Per quanto concerne le vaccinazioni negli adulti (in modo

particolare l'antinfluenzale e l'antipneumococcica), si sono sviluppate nuove campagne rivolte non più solamente alla popolazione ultra 65enne, ma anche verso soggetti più giovani, ma a rischio per la presenza di co-morbilità.

In materia di promozione della salute e stili di vita sani è stato sottoscritto nel marzo 2006 un *Protocollo d'Intesa relativo alle attività di promozione e educazione alla salute nelle scuole* tra la Direzione generale Sanità di Regione Lombardia e l'Ufficio scolastico regionale per la Lombardia. È stato inoltre realizzato un progetto di ricerca nazionale, coordinato da Regione Lombardia, che ha visto la partecipazione delle Regioni Puglia, Emilia-Romagna, Veneto e Piemonte, delle Università di Pavia, di Perugia e IULM di Milano e del Centro Cochrane italiano, che ha portato alla stesura delle linee di indirizzo metodologico cui dovranno essere improntati tutti i programmi delle ASL per la promozione di sani stili di vita.

In attuazione a quanto previsto dalle norme comunitarie in tema di sicurezza alimentare sono state sviluppate attività di ispezione e di *audit*, l'attuazione dei piani di controllo fissati dalle autorità nazionali e comunitarie e l'avvio di un sistema di allerta e di emergenza in campo alimentare.

Infine, notevole è stata l'attenzione in campo preventivo, in questi ultimi anni, ai programmi di screening per la prevenzione di alcune forme tumorali, come già ricordato per il carcinoma mammario e per il carcinoma del colon retto. Va, inoltre, ricordato che il 21 novembre 2007 la Giunta regionale ha approvato la deliberazione che conferma e incrementa il programma di intervento relativo alla prevenzione del carcinoma della cervice uterina. Nei prossimi anni si prevede di migliorare maggiormente le percentuali di estensione sia dello screening per la prevenzione del carcinoma mammario che di quello del carcinoma del colon-retto. A fronte dell'aumento di estensione delle campagne, Regione Lombardia dovrà, però, tenere conto del rischio di un uso improprio degli screening da parte degli utenti, la cui adesione, non obbligatoria, è in gran parte influenzata dai mass-media. Occorrerà quindi, attraverso adeguate strategie di comunicazione, evitare che alcuni screening vengano tenuti in minore considerazione rispetto ad altri, solo perché meno pubblicizzati.

### **6.3.5. L'assistenza sanitaria ai soggetti provenienti da Paesi a forte pressione migratoria**

Si stima (Ismu, 2008) che la popolazione lombarda proveniente da paesi a forte pressione migratoria superi il milione, tra il 10-11% del totale dei residenti in regione. Gli stranieri con regolare permesso di soggiorno hanno il diritto/dovere di iscrizione al SSN, al pari dei cittadini italiani. Inoltre, quanti non sono in regola con il permesso di soggiorno possono accedere ai servizi sanitari ospedalieri e ambulatoriali, non solo per l'urgenza, ma anche per le cure essenziali. Privilegiando il soddisfacimento del bisogno di cura rispetto alle altre situazioni di contesto, l'assistenza sanitaria ai soggetti provenienti da paesi extracomunitari e comunitari rappresenta, pertanto, una sfida per i prossimi anni di governo della sanità.

L'immigrazione ha portato sostanziali vantaggi in termini demografici, contribuendo all'incremento del numero delle nascite. In particolare la percentuale di nati con almeno un genitore straniero è pari al 18,1% se il genitore è padre, e 20,5% se il genitore è madre, contro un dato nazionale rispettivamente di 11,1% e 13% (Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2008). Dall'altro

punto di vista, sul tema della maternità, il degrado in cui vivono le famiglie immigrate può costringere la donna a utilizzare l'interruzione volontaria di gravidanza come metodo estremo di controllo delle nascite, contribuendo, come già precedentemente espresso, all'incremento del numero delle IVG all'interno della Lombardia. Per quanto riguarda la mortalità, il tasso standardizzato per 10.000 stranieri residenti in Italia è tra i più bassi di tutte le regioni italiane con 14,94 di dato totale (18,26 per gli uomini, 11,91 per le donne) contro un riferimento nazionale di 16,98 (21,64 per gli uomini e 13,16 per le donne). Le principali cause di mortalità sono le patologie tumorali, seguite dalle cause cardio-circolatorie e dai traumi per incidenti (*ibidem*).

Anche sul versante delle ospedalizzazioni, la prima causa di ricovero in una struttura ospedaliera è rappresentata dai traumatismi sia nell'uomo che nella donna (escludendo i ricoveri per gravidanza e parto). In particolare, per quanto riguarda l'ospedalizzazione degli stranieri, la Regione Lombardia figura al primo posto a livello italiano, con circa 101.000 ricoveri (pari ad un quarto del totale nazionale), seguita dal Lazio (14%), dall'Emilia Romagna (11%) e dal Veneto (10%). Per gli uomini i tassi di ospedalizzazione riferiti agli immigrati sono risultati più bassi rispetto alla popolazione residente (131,6 vs 156,8 per 1.000 in regime ordinario; 41,2 vs 62,3 in regime di day hospital), segno di un minore ricorso alle prestazioni ospedaliere da parte della popolazione straniera, in parte spiegato dall'età media della popolazione più bassa e in parte da una minore accessibilità alle cure. Per le donne i valori si capovolgono, con valori nettamente più elevati tra le straniere rispetto alle residenti in regime ordinario (176,3 vs 153,2 per 1.000) e sostanzialmente equivalenti per il regime di day hospital (70,2 vs 70,9). Tale eccesso di ospedalizzazione è attribuibile, ancora una volta, all'elevato numero di ricoveri per motivi riproduttivi (parto e interruzione volontaria di gravidanza) (*ibidem*). Saranno quindi adottate politiche atte a favorire l'accesso degli immigrati alle strutture di ricovero e più in generale alle cure, soprattutto nel settore della prevenzione ( @ cfr. focus Carenzi, *Welfare e sanità*).

### 6.3.6. La rete oncologica lombarda

I programmi di screening antitumorali sopra elencati rientrano all'interno del piano oncologico sviluppato in Lombardia, di fronte al continuo aumento dei decessi causati da patologie neoplastiche. Nel 2006 si è costituita la Rete oncologica lombarda (ROL), che permette la condivisione di informazioni cliniche e la comunicazione tra i medici e le strutture sanitarie che attuano prevenzione, assistono e curano persone affette da tumore. Il sistema della ROL ha rappresentato un nuovo modello organizzativo di assistenza basato sul collegamento in rete delle strutture sanitarie coinvolte nella cura delle varie patologie (malattie rare, oncologiche, cardiocerebrovascolari, ematologiche e renali), garantendo percorsi diagnostici e terapeutici di livello elevato, integrazione delle competenze, condivisione delle conoscenze e l'ottimale utilizzo delle risorse. In tal senso si vanno sempre più integrando i livelli di cura e assistenza gestiti a livello territoriale con il forte coinvolgimento della medicina generale e territoriale, al fine di garantire al paziente la continuità assistenziale. In questi ultimi anni si sono sviluppati nuovi esempi di reti di patologia come, a titolo d'esempio, quelli per le patologie ematologiche e le malattie rare.

### 6.3.7. La CRS-SISS

Il progetto CRS-SISS (Carta regionale dei servizi – Sistema informativo socio-sanitario) rappresenta uno strumento di avvicinamento del cittadino ai servizi regionali. Grazie all'avanzamento e al futuro completamento di tale progetto, sarà possibile da un lato favorire e semplificare l'accesso alle strutture da parte dei cittadini e la fruizione delle prestazioni sanitarie necessarie (anche mediante l'implementazione del Fascicolo sanitario elettronico), dall'altro consentire al sistema sanitario di disporre di dati aggiornati e sempre più fruibili in materia di monitoraggio della spesa sanitaria e di implementazione delle reti di patologia. La CRS-SISS è stata riconosciuta valida come Carta nazionale dei servizi, tessera sanitaria nazionale, tessera di codice fiscale e tessera europea di assicurazione malattia. Nel corso del 2007, inoltre, ha preso avvio una sperimentazione con la collaborazione di circa 100 farmacie milanesi, per garantire ai cittadini il servizio di prenotazione presso la farmacia stessa; ad oggi sono coinvolti 4 ospedali cittadini.

Questo è reso possibile anche dal fatto che dal 2007, con la l.r. 18/2007, è stata sancita la definitiva obbligatorietà per tutti gli operatori pubblici e privati del sistema sanitario lombardo ad aderire al SISS e a utilizzarne i servizi. Tutte le ASL, le AA.OO. pubbliche e gli IRCCS pubblici sono attivi nella rete infrastrutturale SISS e, nel corso del solo anno 2007, sono state oltre 60 milioni le transazioni veicolate sulla rete SISS (prescrizioni dei MMG, referti delle AA.OO., prenotazioni, consultazioni). Con la progressiva pubblicazione dei referti da parte delle Aziende ospedaliere e la contemporanea consultazione da parte degli MMG, si sta sempre più consolidando presso gli operatori sanitari lombardi il Fascicolo sanitario elettronico (FSE), elemento essenziale e del tutto originale del progetto CRS-SISS. Anche la ROL è integrata ai servizi SISS ed è stata realizzata l'infrastruttura logica per l'integrazione di nuove reti di patologia che si organizzeranno a breve.

Nel corso del 2008 ha avuto inizio l'iter di adesione e integrazione al SISS degli enti erogatori privati accreditati che ha portato il 75% delle Strutture private ad aver completato la prima fase di integrazione (Regione Lombardia – D.G. Sanità). La DGR VIII/5738 del 31 ottobre 2007, in esecuzione a quanto disposto dall'art. 1 della l.r. 18/2007, ha individuato, tra le categorie di aderenti al SISS, anche le RSA (Residenze sanitarie assistenziali). Le tempistiche di adesione delle RSA al SISS saranno definite da un Piano regionale, che Regione Lombardia concorderà con le ASL e i rappresentanti di categoria. Infine, negli ultimi mesi ha preso avvio una campagna di comunicazione rivolta ai cittadini per illustrare l'utilità dei servizi on line disponibili tramite CRS e l'importanza della registrazione del consenso e della richiesta del codice PIN. La campagna ha utilizzato il canale delle edicole per distribuire i lettori di *smart card* ad un prezzo agevolato allegati ai quotidiani più diffusi.

### 6.3.8. La legge regionale 132/2009

Sul piano delle innovazioni legislative, merita di essere citata la l.r. 132/2009 del 30 luglio 2009 «Disciplina dei rapporti tra la Regione e le università della Lombardia con le facoltà di Medicina e Chirurgia per lo svolgimento di attività assistenziali, formative e di ricerca». Con questa nuova normativa, Regione Lombardia, per assicurare la completa integrazione tra l'attività assistenziale, di didattica e di ricerca delle facoltà di Medicina e Chirurgia, vuole creare, in accordo con le università, una rete regionale dell'assistenza, della formazione e della ricerca, articolata in tipologie di strutture sa-

nitare differenti. In particolare, vengono costituiti i poli universitari, come insieme delle strutture sanitarie pubbliche e private, con le quali le università stipulano le convenzioni per l'attivazione integrale dei singoli corsi di studio. Tale relazione consentirà alle facoltà di Medicina e Chirurgia di rapportarsi più efficacemente con la rete delle strutture sanitarie ubicate sul territorio, concorrendo al conseguimento degli obiettivi di queste ultime e creando un legame articolato su aree geografiche e di competenza assistenziale e didattica. Obiettivo finale di questa legge, oltre a migliorare il processo di formazione dei futuri medici, è quello di riaffermare il ruolo di rilievo delle università lombarde nello sviluppo della ricerca scientifica e dell'innovazione, stimolando, in tal modo, la collaborazione e il dialogo con i centri di ricerca e le comunità tecnico-scientifiche e professionali regionali, nazionali ed extranazionali.

### **6.3.9. La prospettiva del federalismo fiscale**

L'introduzione del federalismo fiscale, fermo restando l'ampio margine di incertezza che ancora caratterizza la sua concreta determinazione e attuazione, dovrebbe in linea di principio giovare al sistema di finanziamento della Lombardia. Ciò sarà vero sia, in generale, per il maggior controllo e responsabilizzazione nell'utilizzo delle risorse, sia, in particolare, per una più equa determinazione dei finanziamenti della spesa.

Il finanziamento, infatti, avveniva per quota capitaria pesata. Il meccanismo di pesatura teneva prevalentemente conto del fattore anzianità, senza valutare adeguatamente tipologie e qualità dei servizi erogati. Da un punto di vista delle risorse distribuite, la Lombardia, regione più popolosa, è ancora nel 2008 nelle ultime posizioni per quota pro-capite: 1.636 euro contro i 1.847 della Liguria, i 1.720 della Toscana e dell'Umbria, i 1.710 dell'Emilia Romagna e meno ancora di Marche, Basilicata, Molise, Calabria e Abruzzo. Pertanto ogni anno Regione Lombardia riceve circa 500 Meuro in meno rispetto alla media nazionale. D'altro lato, la Lombardia contribuisce a più del 54% (3.959 Meuro) del Fondo di solidarietà interregionale per il supporto dei disavanzi delle altre regioni italiane (Ministero della Salute, 2009c).

Il sistema del federalismo fiscale dovrebbe premiare il sistema lombardo anche in considerazione del fatto che è l'unico in Italia capace di provvedere per quasi il 70% al finanziamento della propria spesa sanitaria con fonti autonome (IRAP e addizionale IRPEF).

Negli ultimi cinque anni si sono confermate alcune questioni di fondo che hanno interrogato un sistema di eccellenza come quello lombardo. Si tratta di criticità che non attengono tanto all'efficienza del sistema, quanto piuttosto alla trasformazione della domanda di salute e che interessano, quindi, tutti i sistemi evoluti occidentali. Proprio in ragione della sua posizione avanzata, la Lombardia si trova a dovere affrontare tali nodi con maggiore urgenza e verificando sperimentazioni che in alcuni casi sono già state introdotte.

### **6.3.10. L'integrazione tra ospedale e territorio**

La trasformazione demografica dello stato di salute e lo sviluppo dei progressi diagnostico-terapeutici sono tendenze che, in un gioco incrociato di cause ed effetti, hanno imposto una diversa composizione dell'acuzie e della cronicità. Se prima la divisione era più netta, oggi i due stati si presentano in successione e modalità diverse, esigendo un'organizzazione e una gestione diverse dell'assistenza sanitaria. Con espressione diretta, potremmo dire che l'ospedale (inteso come struttura, funzioni e cul-

tura) non può più essere il luogo che tratta e risolve la fase acuta, ma è chiamato a ridisegnare la propria funzione, in rete con l'assistenza territoriale. La prima prospettiva decisiva, quindi, per l'attuale organizzazione del sistema sanitario regionale (ripetiamo: come nel resto del paese e dei sistemi evoluti) è rappresentato dall'integrazione tra l'assistenza sanitaria di primo livello (territoriale) e quella di secondo livello (ospedaliera).

Diverse tipologie di malati affetti da patologia cronico-degenerativa e ricoverati in ospedale per una problematica acuta, al momento della dimissione necessiterebbero di essere inseriti temporaneamente all'interno di una struttura territoriale che li supporti nel rientro all'interno del nucleo familiare e della società. Questo sistema non viene però in genere attuato e spesso accade che malati cronici rimangano inappropriatamente ricoverati in ospedale, anche dopo la risoluzione del quadro acuto, gravando in questo modo pesantemente sui bilanci delle strutture di secondo livello. Viceversa, può accadere che, al momento della dimissione dalla fase acuta (al termine di un periodo di ricovero mediamente ridotto rispetto al passato), il paziente e la sua famiglia non siano adeguatamente accompagnati nel percorso di accudimento della cronicità o riabilitazione conseguente la cura ospedaliera. Quella che si impone, in questi casi sempre più numerosi e complessi, è la necessità di garantire un'adeguata continuità assistenziale, attraverso l'integrazione tra ospedale e territorio, anche come modalità attraverso la quale ricomporre un'integrazione socio-sanitaria più volte posta come obiettivo strategico da parte del governo regionale (☞ cfr. cap. 4 Area Sociale).

In questa direzione sono già state programmate sperimentazioni interessanti, finalizzate ad attivare un livello intermedio di cure, collocato tra la risoluzione dell'evento acuto e il reinserimento del paziente nella società. Le cure possono e devono essere somministrate a domicilio o presso un'altra struttura sanitaria o socio-sanitaria, destinando le divisioni ospedaliere al trattamento degli acuti in modo sempre più appropriato ed efficiente. A tale obiettivo concorrono due linee di intervento complementari: da un lato il supporto delle nuove tecnologie di assistenza a distanza (telemedicina, *e-health*, tediagnosi, teleconsulto) e dall'altra una valorizzazione di strutture e soggetti pubblici e del privato sociale che possono maggiormente orientarsi in una funzione di supporto assistenziale (sia istituzionalizzato che domiciliare).

L'ospedalizzazione domiciliare, attivata in alcune ASL lombarde, è un esperimento positivo in questo senso. Questa tipologia di assistenza viene attuata a supporto dei malati terminali (tumoriali e non) che necessitano l'erogazione di cure palliative e l'ossigenoterapia a intervalli regolari e sempre più ravvicinati con il progredire della malattia. Su questo modello si possono immaginare soluzioni analoghe anche per i malati affetti da sclerosi laterale amiotrofica o in stato vegetativo persistente.

Un fenomeno rilevante, la cui problematicità è nota e condivisa, dagli operatori, è il ricorso improprio al pronto soccorso. Tale fenomeno interessa fasce di popolazione diverse, ma in particolare gli anziani. Il caso del pronto soccorso del Policlinico di Milano è emblematico: a fronte di un totale di circa 45.000 passaggi annuali, 15.000 individui hanno più di 65 anni: di questi, 5.000 vengono ricoverati perché portatori di patologia acuta; gli altri 10.000 sono rimandati a domicilio. Tutto ciò fa sì che si verifichi il fenomeno della *revolving door*, la porta girevole: pronto soccorso-domicilio, domicilio-pronto soccorso (☞ cfr. focus Vergani, *Anziani, sanità e assistenza*).

Da sottolineare una delle principali diagnosi emersa nel corso delle visite di accesso al pronto soccorso: il 9% degli anziani si trova in uno stato di malnutrizione (con un punteggio MNA, *Mini nutritional assessment scale*, inferiore a 17), mentre il 20% è ad alto rischio di malnutrizione (MNA compreso tra 17 e 23,5) (Vergani, 2008).

### 6.3.11. Il sistema della diagnostica e il ruolo dei medici di medicina generale

Altri due aspetti risultano decisivi per un adeguato processo di integrazione: il sistema della diagnostica e il ruolo del medico di medicina generale. Al fine di migliorare l'efficienza delle prestazioni sanitarie, appare necessario lo sviluppo, a livello territoriale, di un sistema di procedure diagnostiche e terapeutiche di primo e secondo livello, mediante l'organizzazione di strutture poliambulatoriali sparse sul territorio e l'effettuazione di procedure diagnostiche all'interno degli ambulatori dei MMG. Al contrario, il terzo livello delle procedure di diagnosi e terapia, che comportano l'impiego di alte tecnologie, dovrebbe mantenersi all'interno delle strutture ospedaliere. Su questo aspetto sono già state effettuate, negli anni precedenti, alcune sperimentazioni su piccoli gruppi di MMG, che hanno provato, con discreto successo, a inserire e utilizzare all'interno dei propri ambulatori procedure diagnostiche di primo livello, quali l'elettrocardiografia e l'ecotomografia.

L'attuazione di questi sistemi dovrà però passare attraverso il potenziamento del ruolo di governo da parte delle ASL e il riconoscimento del ruolo dei MMG in campo diagnostico e preventivo. Per quanto riguarda le ASL, occorre rafforzare la loro posizione come terminale sul territorio delle politiche sanitarie, riducendo le attività marginali e meramente burocratiche (come l'autorizzazione all'erogazione di presidi e ausili) o verificando l'ipotesi di esternalizzare funzioni che non necessitano una gestione diretta (come la scelta o revoca dei medici di medicina generale, le vaccinazioni, le certificazioni).

I MMG rappresentano il principale collegamento tra la persona e il sistema. Sono il primo e principale soggetto di governo della domanda. Essi debbono tornare a esercitare tale funzione attraverso una valorizzazione del loro ruolo in chiave di maggiore responsabilità e controllo delle prescrizioni. I MMG dovranno essere coinvolti attivamente nella razionalizzazione delle risorse e, nel contempo, occorrerà che siano tutelati prevedendo dei limiti nella scelta-revoca. È probabilmente necessario insistere nella direzione già intrapresa dal governo regionale in alcuni settori del sistema: promuovere forme di contrattazione decentrata, che rispondano alle peculiarità territoriali e ai bisogni locali, introducendo così meccanismi premiali rispetto a chi esercita effettivamente una responsabilità di governo della domanda facendosi carico dei pazienti e dei percorsi di cura e assistenza. Occorrerà, inoltre, investire nella formazione dei MMG con iniziative analoghe al CeForMed, il Centro regionale di formazione per l'area delle cure primarie, struttura operativa di riferimento della Direzione Regionale della Sanità e Politiche Sociali della Regione Friuli Venezia Giulia.

La figura del MMG, nel rappresentare il punto di connessione tra ospedale e territorio, può divenire l'elemento chiave nel processo di riorganizzazione della medicina primaria. Nei prossimi anni, infatti, la crescita della fascia anziana della popolazione non sarà adeguatamente supportata dalle strutture a essa dedicate (RSA). Alcuni studi hanno già documentato, in questi ultimi anni, l'assenza in generale di strutture ricettive per gli anziani e per i lungodegenti. Di conseguenza vi è un accesso improprio, da parte di queste fasce di popolazione, al pronto soccorso degli ospedali, anche dopo pochi giorni dalla dimissione (Ballabio *et al.*, 2008), con un conseguente significativo impatto sui costi dell'intero sistema. La famiglia, inoltre, non è più in grado di prendersi carico autonomamente dei propri cari, incapace di gestire la complessità di un malato multipatologico (Robine *et al.*, 2007). Tutto il sistema della medicina territoriale dovrà quindi riadeguarsi a questo nuovo conte-

sto demografico e supportare la famiglia nell'assistenza del parente anziano. In particolare, il MMG dovrà sempre più rappresentare il punto di integrazione tra famiglia e sistema sanitario, favorendo il rientro del malato e dell'anziano nel proprio nucleo familiare e nel proprio domicilio e riducendo, di conseguenza, i costi del sistema (dimissioni protette). Questa nuova funzione del MMG potrà essere espletata solo attraverso una riorganizzazione generale della figura del medico curante e del suo ruolo all'interno della medicina del territorio. Negli ultimi cinquant'anni, a livello nazionale, le riforme ospedaliere hanno sempre preceduto di parecchi anni la riorganizzazione del sistema territoriale, lasciando spesso profonde discrepanze tra queste due realtà. L'ospedale rimaneva, infatti, un mondo a parte dove l'investimento tecnologico e umano era massimo per quanto concerneva gli aspetti terapeutici, mentre era minimo nel campo della prevenzione, riabilitazione e sostegno alla popolazione. Anche in Regione Lombardia dalla riforma del 1997 la maggior parte delle risorse economiche sono state investite nella realtà ospedaliera, dove sono state effettuate numerose modifiche anche sul piano organizzativo (il modello dipartimentale) e retributivo (il sistema DRG) al fine di aumentare efficienza ed efficacia delle prestazioni erogate da queste strutture. Non si è invece adeguatamente investito a livello della medicina territoriale né nel training di tutti gli operatori di questo settore, in particolare nella formazione dei medici di medicina generale. La possibilità, quindi, di stipulare, a livello locale, convenzioni tra i MMG e le singole amministrazioni comunali potrebbe rappresentare uno degli elementi da tenere in considerazione nei prossimi anni per la necessaria riorganizzazione della medicina di primo livello, avvicinando così il medico di base sempre più al territorio dove esercita la propria professione.

### **6.3.12. Gli archivi digitalizzati come strumento di governo**

La Lombardia ha un patrimonio di informazioni sanitarie unico al mondo. Un esempio di organizzazione sistematica di questi dati è rappresentato dalla Banca dati assistito (BDA), che contiene tutte le informazioni relative ai servizi (ricoveri ospedalieri, prestazioni ambulatoriali specialistiche e prescrizioni farmaceutiche) erogati a tutti i cittadini lombardi a partire dal 2004. I dati organizzati in questi archivi, resi anonimi, consentono di avere informazioni in merito al consumo di risorse sanitarie dei residenti, nonché notizie sulle modalità prescrittive dei MMG e preziose informazioni di carattere epidemiologico.

Gli utilizzi di questi dati possono essere molteplici: dagli studi epidemiologici alla valutazione dell'efficacia clinica (recidive di malattia) ed efficienza economica (valutazione dei costi) di un trattamento farmacologico. Negli ultimi anni si sta sviluppando un interessante approccio focalizzato sull'analisi della domanda dei servizi sanitari, ovvero sulle modalità con cui i bisogni dei cittadini e il sistema di offerta si incontrano e si trasformano in prestazioni sanitarie. L'obiettivo è quello di verificare la possibilità di orientare maggiormente la domanda di salute delle persone verso richieste più appropriate (anche attraverso attività di prevenzione, formazione e comunicazione), individuando le modalità di servizio più coerenti con le diverse tipologie di bisogno. Sviluppando questo tipo di analisi si potranno valutare le potenzialità del sistema, ma anche le sue criticità. In particolare, potranno essere meglio compresi i comportamenti e le necessità dei cittadini lombardi e poter così, nell'eventualità, intervenire, agendo sulla tipologia di prestazioni erogate e, successivamente, sul modello stesso di offerta.

### 6.3.13. La sanità come investimento

La sostenibilità del sistema richiede un passaggio culturale e di strategia, riformulando, come già sta avvenendo, la visione della sanità. Essa non deve essere più considerata come una spesa alla quale applicare politiche di contenimento di diverso tipo o politiche di compartecipazione (ticket) da parte del cittadino, ma come un investimento, oltre che in termini di salute dei propri cittadini, anche per lo sviluppo della realtà territoriale. In realtà, la sanità è la seconda industria italiana dopo quella immobiliare, con una produzione indotta pari al doppio delle spese sostenute. Il valore aggiunto prodotto, stimato per oltre 9 miliardi di euro (pari a circa il 3,4% di tutto il valore aggiunto generato in Lombardia) risulta addirittura superiore al valore della spesa sanitaria, indicando quindi come il risultato combinato di spesa ed economia indotta sia un valore positivo, senza peraltro considerare l'impatto sui consumi attivati dai redditi delle famiglie occupate direttamente nella sanità. Inoltre la sanità alimenta la ricerca e l'occupazione qualificata, produce servizi esportabili e promuove lo sviluppo di intere aree. Essa può quindi divenire per Regione Lombardia un nuovo volano dell'economia del futuro, con un indotto di aziende (non solamente farmaceutiche, ma anche produttrici di tecnologie e *devices* sanitari) che, a livello lombardo, sono costituite non solo dai grandi gruppi internazionali, ma anche da numerose piccole e medie imprese, altrettanto competitive sul mercato per innovazione e dinamismo. In particolare, i futuri progetti di realizzazione di centri di eccellenza di ricerca biomedica a Milano (il CERBA, Centro europeo per la ricerca biomedica avanzata; la Città della salute dalla fusione degli ospedali Sacco, Besta e Istituto dei tumori) e di costituzione di poli biomedici accanto ai principali ospedali lombardi e nelle università potranno avere ricadute positive in termini di occupazione e di prodotto interno regionale.

### 6.3.14. Valutazione e premialità

Per queste considerazioni, risulta opportuno nei prossimi anni continuare a investire in sanità e ricerca scientifica, sfruttando le auspicabili nuove forme di autonomia organizzativa e finanziaria offerte dal federalismo fiscale. In particolare, occorrerà puntare su una maggior semplificazione del sistema, in modo da avvicinare realmente i servizi e le cure ai cittadini. Sarà necessario sviluppare, all'interno del sistema regionale, un nuovo governo della sanità, basato sulla premiazione di comportamenti virtuosi delle singole strutture sanitarie. Il nuovo sistema di valutazione dovrà applicarsi indistintamente sia alle strutture private che pubbliche, così da aumentare ed effettivamente governare un sistema di concorrenza adeguata tra strutture pubbliche e private. In questo modo, oltre che garantire la libera scelta del cittadino, dovrà completarsi il piano teso a raggiungere l'effettivo equilibrio costi-benefici delle aziende pubbliche. Una condizione necessaria a tale evoluzione è rappresentata dalla possibilità, giustamente da tempo auspicata, di attivare un sistema di contrattazione per il personale dipendente (comparto e dirigenza) e un sistema di convenzione con i liberi professionisti (i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta) (Galli e Vendramini, 2007), non più a livello nazionale, ma regionale, al fine di adattare al meglio l'organizzazione del personale alle esigenze del territorio.