



Regione Lombardia

COMMISSIONE SVILUPPO SANITÀ

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

IL SISTEMA OSPEDALIERO

MILANO, 30 GIUGNO 2014

**PROPOSTE DI SVILUPPO DEL SERVIZIO SANITARIO e SOCIO
SANITARIO LOMBARDO:
IL SISTEMA OSPEDALIERO**

Indice

EXECUTIVE SUMMARY

1. PREMESSA

2. SCENARIO

3 OBIETTIVI e INDIRIZZI PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SISTEMA

4 AZIONI

4.1. Azioni di Sistema

4.2. Azioni sulle componenti del Sistema

4.3. Azioni su ricerca, formazione e aggiornamento e sistema universitario

5 PROPOSTE SULLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

6. PROPOSTE SUL NUOVO MODELLO DI OSPEDALE: L'OSPEDALE A CURE INTEGRATE

6.1. Processi integrati di cure

6.2. Processi organizzativi e gestionali, di accoglienza e ospitalità

6.3. Architettura e sostenibilità

7. GOVERNANCE

8. PROPOSTE DI FINANZIAMENTO

9. LA GESTIONE DEL CAMBIAMENTO

EXECUTIVE SUMMARY

Nel documento sono illustrati linee strategiche, indirizzi e proposte al Governo della Regione Lombardia per la riforma e l'evoluzione del Sistema Ospedaliero e le conseguenti ricadute sull'assistenza sociosanitaria regionale e locale.

Il documento va analizzato e interpretato in modo organico con il documento sull'assistenza territoriale già approvato dalla Commissione, in quanto la suddivisione tra ospedali e territorio è artificiosa e utilizzata per comodità di "tassonomia" e di descrizione, ma i due ambiti assistenziali devono essere considerati in modo unitario sia sul piano funzionale che organizzativo con l'obiettivo comune di realizzare un sistema organico che garantisca la continuità dell'assistenza e la presa in carico della persona.

Le proposte si articolano nei seguenti ambiti:

1. la **Rete multidimensionale con Nodi di riferimento** e nuove modalità di interrelazione e collaborazione tra ospedali e nuovi collegamenti tra ospedali e altri servizi sul territorio: l'**interfaccia modulabile**, da organizzare in base alle specifiche caratteristiche locali.
2. Nuovo modello di ospedale: l'**Ospedale a cure integrate, sia al proprio interno, sia con l'assistenza territoriale. Struttura/presidio ospedaliero** con caratteristiche qualificanti per a) organizzazione e gestione, b) accoglienza e ospitalità, c) urbanistica, architettura e sostenibilità ambientale, d) metodo di realizzazione e fattibilità.
3. Indicazioni sulle possibili forme di **governance del sistema**, su come condurre il **processo di transizione** verso il nuovo assetto della rete ospedaliera.
4. Riflessioni sulla possibile modificazione del **sistema di finanziamento** della gestione (con focalizzazione su indicatori di outcome, output ed efficienza), e degli investimenti per la costruzione di nuovi ospedali o il loro ammodernamento.

Il documento contiene proposte finalizzate a rafforzare la **capacità di governo complessivo** del sistema, a ridurre sprechi e inefficienze, a **migliorare il rapporto benefici/costi**, a contrastare **forme di domanda impropria**.

Inoltre, con riguardo alla componente pubblica, contiene proposte per la **selezione, la nomina e la valutazione dei manager pubblici** di vario livello con processi trasparenti, idonei a privilegiare la professionalità e il merito, nonché a garantire autonomia e indipendenza. La Commissione propone che sia la selezione per la nomina, sia la valutazione periodica e finale del mandato siano affidate a un organismo, **indipendente, , che deve operare esclusivamente sulla base di criteri di merito espliciti, oggettivi e predefiniti, e in particolare senza tener conto dell'appartenenza politica**

1.PREMESSA

Qualsiasi proposta riguardante la razionalizzazione e il potenziamento della rete ospedaliera della Regione Lombardia e le caratteristiche funzionali dell'ospedale deve tenere conto dei seguenti **presupposti**:

1. Solo **medici, infermieri, operatori socio-sanitari, tecnici e altre figure professionali e amministrative** dotati di elevate conoscenze e professionalità e che riconoscono la tutela della salute come diritto del cittadino sono aperti al cambiamento e garantiscono un'assistenza appropriata e di qualità;
2. Sono tali persone che si comportano secondo scienza e coscienza nella cura delle malattie e nella presa in carico dei bisogni complessivi dei pazienti e che rispettano i codici etici e di comportamento definiti da ogni ospedale e le norme sulla integrità e la trasparenza delle attività;
3. Questi professionisti devono essere **preparati** da università che nei rispettivi campi sono in grado di garantire una formazione di base di alta qualità, il riconoscimento, il rafforzamento e la promozione di una elevata motivazione di servizio ai pazienti, nonché la riqualificazione e l'aggiornamento continuo nelle diverse fasi dello sviluppo professionale, *life long learning* (la Commissione si riserva di predisporre un apposito documento su questo tema);
4. Nel sistema di tutela della salute la **ricerca e la formazione** non possono mai essere disgiunte dall'attività assistenziale e devono essere sviluppate con riferimento a tutte le tipologie di bisogni, ossia prevenzione, diagnosi e cura delle fasi acute, cure primarie in strutture senza ricovero, cronicità e multi cronicità, presenti specialmente in persone anziane.

Nessun sistema di regole regionali e nessun modello organizzativo di ospedale possono produrre di per sé cambiamenti e miglioramenti reali in assenza di persone con le caratteristiche sopra indicate. Peraltro, **buone regole e modelli organizzativi** che tengono conto dell'evoluzione delle conoscenze in campo scientifico, delle tecnologie mediche e assistenziali, della possibilità di raccogliere, analizzare e comunicare enormi quantità di dati e informazioni possono contribuire ad **affrontare alcuni dei problemi che determinano l'insoddisfazione dei pazienti e degli operatori, quali:**

- **Difficoltà e differenziazione nei livelli di accesso** ai servizi (es. lunghe liste di attesa per chi ricorre al servizio pubblico, mentre vi è più agevole accesso per coloro che possono ricorrere a prestazioni a pagamento, compresa la modalità della intramoenia, che, se non governata con chiari obiettivi e controlli, può determinare disuguaglianze);
- **procedure amministrative** e controlli formali spesso inutili (che determinano perdita di tempo per tutti);
- esistenza di **sprechi, inefficienze, prestazioni inappropriate** che assorbono risorse che sono sottratte ad impieghi che consentirebbero di rispondere a bisogni di salute essenziali e adeguati ai livelli assistenziali consentiti dal progresso scientifico e definiti dalle leggi.

La Commissione ritiene che sia possibile **un'ulteriore razionalizzazione** di un sistema regionale che comunque presenta già oggi un **elevato livello di rapporti qualità dell'assistenza/livelli di spesa** con numerosi e significativi ospedali pubblici e privati di eccellenza a livello nazionale, in alcuni casi internazionale. Essa consentirebbe di affrontare, da un lato, i crescenti vincoli derivanti dalla limitatezza delle risorse e, dall'altro, di prepararsi ad **affrontare le sfide poste da un progresso scientifico** che aumenta la possibilità di intervenire positivamente sulle condizioni di salute. Il sistema lombardo di tutela della salute ha le potenzialità per risolvere l'apparente paradosso generato dal progresso che aumentando le opportunità di diagnosi e cura e le attese di tutta la popolazione, aumenta la pressione sulla richiesta di prestazioni e le conseguenti necessità di risorse, che non possono crescere come in passato, dati i vincoli di finanza pubblica e delle disponibilità delle famiglie. Un obiettivo che può essere perseguito:

- **rafforzando la capacità di governo complessivo** del sistema, che significa da un lato riconoscere, promuovere e incentivare la competizione positiva che stimola tutte le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere a eliminare sprechi e inefficienze e migliorare il rapporto benefici-costi e, dall'altro, evitare e contrastare forme di competizione negativa che si realizza con l'aumento di domanda impropria e con riduzione di costi a danno dei livelli assistenziali e della qualità dei servizi;
- Introducendo o rafforzando se già esistente (ruolo del OIV e applicazione del dl 158/2012 e decreti attuativi) per la componente pubblica (in quanto le aziende ospedaliere private rispondono a proprie logiche di governance nel rispetto della normativa nazionale e regionale) regole e processi trasparenti di **selezione, nomina, e valutazione periodica** di tutti coloro che sono chiamati a

ricoprire funzioni di direzione di alto livello, e più in generale dei medici, infermieri, altri operatori della salute e di tutto il personale, idonei a privilegiare la professionalità e il merito, nonché a garantire autonomia e indipendenza.

La Commissione ritiene di suggerire che, per la posizione di Direttore Generale, la scelta avvenga all'interno di **rose di candidati** che, oltre ai requisiti formali richiesti per legge, siano dotati delle caratteristiche sopraindicate. Suggerisce che i Direttori Generali dimostrino di saper adottare uno stile di direzione non gerarchico ma tale da riconoscere e valorizzare, con opportuni sistemi di deleghe e facendo funzionare appropriatamente il Collegio di direzione (previsto dal decreto 158/2012), l'autonomia professionale di medici, altri operatori socio-sanitari, tecnici e amministrativi. La Commissione inoltre auspica che per **tutte le nomine dell'alta dirigenza i Direttori Generali adottino criteri di merito senza tener conto di appartenenze politiche o di altro tipo.**

A puro titolo esemplificativo, la Commissione indica che sia definita una rosa di tre candidati per ogni posizione, o una rosa con un numero doppio/triplo di candidati rispetto al numero delle posizioni per le quali si deve procedere alla nomina (ad es. Direttori Generali di ASL).

Inoltre, la **valutazione periodica dovrà avvenire con metodi e processi in grado di distinguere le performance individuali e il singolo dirigente da quelle della struttura, quelle di tipo professionale da quelle organizzative, nel rispetto del principio di trasparenza.** Nei casi in cui le leggi nazionali e regionali riconoscano il potere di nomina diretta correlato a specifiche responsabilità politiche, amministrative, contabili, patrimoniali, civili e penali, coloro che nominano devono motivare in modo trasparente i criteri di scelta che tengano conto della qualità dell'assistenza e della funzionalità delle aziende.

Le politiche regionali finalizzate a perseguire gli obiettivi e a realizzare le condizioni necessarie dovranno tenere conto della situazione attuale e dello scenario per il prossimo futuro.

2. SCENARIO

L'insieme degli ospedali lombardi, ha raggiunto in generale buoni standard di funzionalità e qualità dei servizi con significative punte di eccellenza, non di rado riconosciute a livello nazionale e internazionale come dimostrato anche dalla mobilità attiva di pazienti da molte altre regioni e in alcuni casi anche dall'estero. Non si può per altro negare che in esso sono presenti un certo numero di **strutture obsolete e inadeguate sul piano assistenziale che possono essere significativamente migliorate** sul piano dei criteri gestionali, del rapporto livelli assistenziali quali-quantitativi/costi e delle **strutture edilizie**.

Le politiche degli ultimi anni hanno consentito di rispettare globalmente gli standard nazionali in termini, di posti letto regionali, tuttavia permangono elevate **differenze e variabilità non sempre giustificate** nella qualità delle prestazioni, nei risultati di *outcome*, nei conti economici.

Queste considerazioni dovranno essere supportate e meglio qualificate da **rilevazioni analitiche e puntuali** su tutte le strutture ospedaliere lombarde secondo un **metodo di rilevazioni che si propone di effettuare insieme alla DG Salute secondo la metodologia descritta in allegato** (all. 1) al presente documento.

Inoltre sarà necessario prevedere per il prossimo futuro soluzioni che consentano la **flessibilità**, anche con eventuale scambio di posti letto tra ospedali per patologie ad elevata complessità, ospedali plurispecialistici per acuti, POT.

Infatti si stima che nei prossimi 10 anni **cambierà la gran parte delle conoscenze** nella diagnosi, terapia e prevenzione e cambierà anche circa la metà dei medici attuali con grandi opportunità ma anche con grandi rischi di carenza numerica e carenza di esperienza.

L'evoluzione della nuova medicina può essere schematicamente ricondotta a quattro categorie: **a) conoscenze scientifiche; b) tecnologie biomediche; c) informatica; d) etica e centralità della persona.**

La nuova Medicina è caratterizzata da **5 prerogative** e deve essere: **Proattiva, Predittiva, Preventiva, Personalizzata, Partecipata.**

Sono **indispensabili nuove risposte** sul piano strutturale, organizzativo e della valutazione che dovrà riguardare l'appropriatezza, l'efficacia (*outcome*), la qualità dei servizi (*output*), l'efficienza) e diventare base per sistemi di finanziamento di Pay for Performance.

3 OBIETTIVI e INDIRIZZI PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SISTEMA

La razionalizzazione del sistema degli ospedali lombardi finalizzata ad affrontare l'evoluzione dei bisogni e della domanda di salute si pone i seguenti **obiettivi di sistema specifici**:

1. Eliminare o comunque **ridurre** il più possibile le **liste di attesa per le prestazioni di elezione e gli accessi inappropriati ai pronto soccorso**;
2. **Indirizzare i pazienti** direttamente ai presidi ospedalieri in grado di trattare con la massima appropriatezza, sicurezza, efficacia, ed efficienza le diverse tipologie di bisogni;
3. **Valorizzare le capacità** pubbliche e private già esistenti nel sistema ospedaliero lombardo e quelle che deriveranno da un'esplicita programmazione ed eliminare le ridondanze del sistema di offerta che non siano giustificate da esigenza di consentire la libera scelta al cittadino e di attivazione di una sana competizione, ma che siano invece espressione di sprechi e inefficienze quando non addirittura rischi per i pazienti;
4. Consentire la **veloce e sicura/protetta dimissione** di pazienti in presidi ospedalieri territoriali una volta superata la fase dei trattamenti acuti in ospedali nei quali è più elevato il costo dei ricoveri;
5. Realizzare l'**aggiornamento e la formazione professionale**, la **valorizzazione delle competenze e la motivazione del personale a tutti i livelli** sperimentando anche innovativi sistemi di incentivazione **sulla base di indicatori di appropriatezza**, qualità, produttività, miglioramento del rapporto costi-benefici di salute, promuovendo anche la ricerca e la formazione sugli aspetti gestionali, organizzativi ed economici specificamente applicati al sistema socio-sanitario in forme flessibili non condizionate da criteri formali e burocratici
6. **Ridurre le degenze**, anche attraverso una loro riorganizzazione secondo logiche di multidisciplinarietà, multiprofessionalità, intensità di cura e complessità assistenziale;
7. Programmare il **rinnovamento di presidi ospedalieri** obsoleti tramite la **costruzione di nuovi ospedali**, la rifunzionalizzazione di quelli attuali (ad esempio per attività di riabilitazione ambulatoriale, day hospital, ecc.), la valorizzazione (anche attraverso cambiamento di destinazione) di ospedali non più adatti all'assistenza ma dotati di un valore storico-architettonico.

4 AZIONI

Gli obiettivi indicati al paragrafo precedente possono essere perseguiti tramite una revisione della legislazione regionale e recepimento della legislazione nazionale improntata a criteri di chiarezza delle responsabilità, semplificazione e trasparenza, programmazione nel lungo periodo qualificata da criteri di innovazione realistica, fattibilità e flessibilità, la definizione di indirizzi e regole di sistema idonee ad attuare nel breve periodo i contenuti della programmazione. Inoltre, è essenziale che gli interventi di livello regionale siano recepiti da coerenti strategie, da un lato di tutti i soggetti pubblici che nei diversi ambiti territoriali hanno la responsabilità di programmazione, interpretazione dei bisogni di salute integrati con quelli socio-assistenziali per conto della popolazione, acquisto di servizi, controllo sulla quantità e qualità degli stessi, e dall'altro dei soggetti pubblici e privati erogatori di prestazioni e servizi.

La Commissione suggerisce che gli interventi di seguito proposti siano attuati con il metodo della sperimentazione attiva, progressiva, diffusiva. Sperimentazione in quanto le proposte che non sono ancora sostenute da solide evidenze devono essere prima applicate in contesti limitati e controllabili. Sperimentazione attiva in quanto i sistemi sociali, organizzativi, istituzionali non sono equiparabili al contesto di laboratorio e quindi i processi di cambiamento incidono direttamente sulla realtà. Sperimentazione progressiva perché occorre evitare quanto accaduto con le sperimentazioni gestionali previste dalla legislazione a partire dal 1993, spesso caratterizzate da tempi lunghi e in molti casi mai passate in stabilizzazione. Se i risultati delle sperimentazioni appaiono positivi è necessario da un lato progredire nella loro applicazione e dall'altro estenderle ad altre realtà. Sperimentazione diffusiva in quanto, di fronte a risultati positivi, occorre attivare precisi interventi finalizzati ad estendere in tempi rapidi e in modo più esteso possibile le "buone pratiche" o "buone soluzioni". Occorre superare una delle grandi debolezze del sistema Italia spesso caratterizzato da eccellenze e buone soluzioni che però restano limitate e non "contagiano" positivamente altre parti del sistema.

4.1. Azioni di Sistema

Le **azioni di sistema** seguenti sono sintetizzabili nei seguenti termini:

Con riferimento al primo obiettivo la Commissione evidenzia che il tema delle liste d'attesa è sicuramente uno dei più critici, da tempo al centro dell'attenzione non solo in Italia, difficile da risolvere in quanto determinato da molteplici fattori tra loro interdipendenti. Tra essi si sottolineano: l'eccesso di domanda determinata dal prevalere della logica "prestazionale" (aumento delle prestazioni spesso indotto dalla tecnologia e dall'indebolimento delle capacità cliniche e dei medici) rispetto a quella della "salute" (che dovrebbe privilegiare la prevenzione e l'eliminazione di prestazioni inutili e non di rado dannose), la componente emotiva dei pazienti indotta anche da un'errata cultura della salute influenzata dalla "logica consumistica" che si è affermata nella società moderna, il circolo vizioso della offerta che crea/induce/aumenta la domanda, comportamenti di medicina difensiva correlati anche a una non chiara e inadeguata legislazione sulla responsabilità professionale. La Commissione si riserva di approfondire questi temi in futuri documenti specifici, ma ritiene che una prima linea di intervento consista nel **potenziamento dei CSST** e lo sviluppo tramite essi di modelli di **presa in carico dei pazienti cronici** che prevengano l'insorgere delle acutizzazioni e riducano l'accesso al pronto soccorso. Le lunghe liste d'attesa per le prestazioni di elezione possono essere ridotte con una più efficace programmazione dell'attività (ad esempio liste di attesa per le varie specialità comuni a più presidi ospedalieri, ambulatori, laboratori equivalenti nell'ambito di una area integrata di salute) e con una responsabilizzazione sulla loro riduzione, possibilmente collegata anche al sistema di finanziamento degli ospedali.

Per essere efficace, tale programmazione deve essere fondata su standard di fabbisogni assistenziali (riferiti alla popolazione, demografia ed epidemiologia della popolazione), quantità e qualità di servizi, efficienza e costi che dovrebbero essere definiti a livello nazionale. Su questo tema la **Lombardia deve candidarsi come Regione pilota per un programma nazionale** secondo la metodologia della sperimentazione attiva, progressiva e diffusiva.

Il secondo obiettivo può essere perseguito attraverso l'identificazione e la specificazione di **precise focalizzazioni dei presidi ospedalieri, in collegamento con la rete del 118**. Per tutte le tipologie di ospedali, dovranno essere identificate soglie minime di attività per ogni unità organizzativa e per le equipe mediche e assistenziali, che garantiscano la **sicurezza dei pazienti e soddisfacenti livelli di qualità e appropriatezza del servizio**. Tali soglie minime di attività sono definite in relazione alle diverse specialità e ai diversi livelli di complessità delle situazioni di salute dei pazienti.

Il terzo obiettivo può essere perseguito con una funzionale ed **efficace programmazione** che parta dalla **mappatura delle attuali situazioni di eccellenza** (da mantenere e potenziare), delle ridondanze non giustificate da esigenze assistenziali, nelle quali rientra anche la possibilità di libera scelta dei pazienti e una positiva competizione tra gli erogatori, (da eliminare progressivamente), e delle attuali debolezze del sistema di offerta (da superare con interventi strategici della Regione). Ciò per liberare risorse e stimolare gli ospedali a sviluppare nuove eccellenze, ad evidenziare le proprie specifiche vocazioni e stimolare una competizione virtuosa a vantaggio dei pazienti. Ciò consentirà di far diventare il SSR lombardo maggiormente attrattivo anche con riguardo alla mobilità transfrontaliera prevista dalla normativa europea 24/2011.

Il quarto obiettivo può essere perseguito tramite **l'integrazione dell'assistenza** fra i presidi ospedalieri focalizzati sull'assistenza delle acuzie e i **presidi ospedalieri territoriali** che costituiscono l'anello di collegamento tra il trattamento delle fasi acute e l'assistenza sul territorio senza ricovero consentita anche dal **potenziamento dei CSST e dalla valorizzazione del ruolo dei MMG (Medici di Medicina Generale), PdF (Pediatri di Famiglia), infermieri, riabilitatori e altre figure di assistenza extra-ospedaliera**. Il perseguimento di questo obiettivo richiede la qualificazione dei presidi ospedalieri territoriali e forme di mobilità dei medici e di altre figure assistenziali tra i diversi presidi idonei a garantire la continuità dell'assistenza e ad evitare che si crei anche nella popolazione la percezione di medici, infermieri e altre figure professionali di maggiore e minore prestigio.

Il quinto obiettivo richiede di intervenire sulla variabile più critica in tutti i sistemi di servizi alla persona, ossia la **qualità e la motivazione del personale a tutti i livelli**. Servono persone di **elevato livello professionale** motivate da **solidi valori etici** e da sistemi di **riconoscimento del merito e della professionalità**. **Ciò contribuirà a ridare prestigio sociale** coerente con le delicate funzioni svolte. Va risolto uno stato di frequente demotivazione a causa di eccessiva burocratizzazione delle procedure amministrative, presenza di sprechi e inefficienze di vario tipo (non di rado accettate come inevitabili o addirittura favorite da chi dovrebbe combatterle), contenimento dei costi che riducono le risorse disponibili per l'assistenza, **interferenza di alcuni manager che confondono la loro responsabilità di garantire le migliori condizioni organizzative per medici, infermieri e altre figure di assistenza con il potere gerarchico autoreferenziale o di politici che non si limitano a dare indirizzi, fissare obiettivi ma intervengono impropriamente su scelte gestionali e organizzative**. In altre situazioni accade che responsabili di servizi amministrativi fondamentali nonché alcuni manager siano altamente demotivati a causa di **resistenze al cambiamento fraposte da professionisti** che richiedono la soluzione dei loro problemi senza accettare di inserirli in una visione strategica unitaria di più ampio respiro proiettata nel futuro. La Regione deve mettere in campo **politiche specifiche di incentivazione, sul piano retributivo** ma non solo, senza le quali le proposte di riorganizzazione e rilancio del SSR corrono un elevato rischio di restare inapplicate (una bella utopia o *wishful thinking*).

Con riferimento al **sesto obiettivo** sono chiare e ben collaudate le tecniche *lean*, le metodologie e gli strumenti per rendere agili e snelli i processi attuando una decisa e **drastica riduzione dell'eccesso di norme, regolamenti, procedure di programmazione e controllo formali** (testi unici regionali semplici e snelli) Pazienti, medici, infermieri, tecnici, altro personale di assistenza e amministrativo si aspettano dal legislatore e dal programmatore regionale l'espressione di una precisa e forte volontà politica e indirizzi tecnici per uscire dall'impasse di chi "decide senza sapere o sa senza poter decidere".

Il settimo obiettivo può essere perseguito organizzando le **informazioni sulle caratteristiche edilizie e funzionali** dei presidi ospedalieri, **sui costi** per le loro attività, secondo il metodo scientifico di mappatura (vedi all.1). Molti di tali dati sono già disponibili a livello regionale, ma non sempre sono organizzati e riferiti ai singoli presidi, altre informazioni dovranno essere aggiornate, altre ancora dovranno essere raccolte per poter passare velocemente alla fase attuativa degli indirizzi esposti nel presente documento.

Un **piano di riorganizzazione/razionalizzazione/sviluppo** di una moderna rete di assistenza ospedaliera non può prescindere da un **piano edilizio** che identifichi chiare priorità nella realizzazione di nuovi presidi.

La costruzione di nuove strutture ospedaliere o la rifunzionalizzazione di quelle esistenti dovranno essere attuate tenendo conto che **l'assistenza del futuro sarà sempre meno legata a standard e indicatori strutturali quali posti letto, metri quadrati per posto letto, rapporto tra spazi destinati alle attività di ricovero e alle attività ambulatoriali e di day hospital e sempre più condizionate da modelli assistenziali e organizzativi che richiedono flessibilità nell'uso degli spazi.**

Date le attuali **difficoltà della finanza pubblica** che non potranno essere superate in tempi brevi, e la scarsa disponibilità di risorse pubbliche per investimenti, queste operazioni per essere rese realistiche e fattibili potranno vedere l'apporto di capitali privati nelle forme e con le modalità idonee e tipologie di PPP a condizioni che generino valore per tutti i partner e che non trasferiscano la maggior parte dei rischi e dei costi di lungo periodo prevalentemente sul partner pubblico, come purtroppo è accaduto in varie operazioni di questo tipo realizzate nel recente passato in Italia. Queste operazioni potranno essere agevolate dalla **valorizzazione in termini economici e sociali delle aree sulle quali insistono gli attuali presidi ospedalieri.** Sulla base di criteri e parametri di flessibilità nell'utilizzazione degli spazi (per ricoveri, per attività ambulatoriale, day hospital, servizi accessori, altro), di qualità dell'assistenza, di costi, potranno essere attuate scelte del tipo abbattimento e ricostruzione in aree più adeguate, rifunzionalizzazione ad uso assistenziale, cambiamento di destinazione di edifici di valore architettonico e artistico, ecc.

A tal fine è necessario che la Regione si doti, riqualificando proprio personale o ricorrendo a consulenze selezionate con metodi trasparenti, di adeguate expertise in campo finanziario, delle gestioni immobiliari, della valutazione di project finance e altre operazioni di public private partnership.

4.2. Azioni sulle componenti del Sistema

Qualsiasi riorganizzazione della rete ospedaliera ha come **presupposto la qualità dei singoli presidi**, ossia dei singoli ospedali. Perciò la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale implica anche una riflessione sulle **caratteristiche degli ospedali proiettati nel futuro**, che:

- Siano in grado di erogare ai loro assistiti **prestazioni di qualità, sicurezza ed appropriate** secondo modelli assistenziali consentiti da conoscenze di avanguardia;
- Siano strutturati e organizzati con la **flessibilità richiesta dall'evoluzione di una medicina in continuo progresso** sempre più improntata ai caratteri di proattività, predittività, prevenzione, personalizzazione e partecipazione;
- Consentano di svolgere **attività di ricerca e attività di formazione** significative e coerenti con l'assistenza tipica di ciascuno;
- Siano dotati delle necessarie **attrezzature, apparecchiature, tecnologie** richieste per garantire la sicurezza dei pazienti e del personale e un'elevata qualità dei servizi in un **ambiente di elevata appropriatezza clinica e assistenziale**;
- Siano **gestiti secondo modelli organizzativi idonei a promuovere e valorizzare medici, infermieri, tecnici, altri professionisti** creando un contesto ad elevata motivazione in grado di dare riconoscimento alla professionalità e di incentivare il merito e l'attenzione alle relazioni con il paziente.

Per ottenere questi risultati occorre intervenire sui seguenti fattori:

- **Semplificazione delle procedure** amministrative e dei processi operativi in modo da ridurre all'essenziale il peso dei costi amministrativi misurati in termini finanziari, di numero di persone e tempo dedicato ad attività non direttamente rivolte ai servizi di salute;
- **Semplificazione dei processi** di ammissione, trattamento e dimissione dei pazienti al fine di garantire un'assistenza integrata e ridurre i tempi di degenza;
- **Eliminazione di controlli formali** e introduzione di **sistemi di programmazione, valutazione e controllo di gestione basati su indicatori di appropriatezza, efficacia (outcome), qualità (output), efficienza, produttività, generazione di valore per i pazienti e rapporti benefici-costi supportati da adeguati sistemi informativi**;
- **Rinnovamento di presidi ospedalieri obsoleti** tramite la costruzione di nuovi ospedali, rifunzionalizzazione di quelli attuali (ad esempio per attività di riabilitazione, ambulatoriale, day hospital, ecc.), valorizzazione (anche attraverso cambiamento di destinazione) di ospedali non più adatti all'assistenza ma dotati di un valore storico-architettonico.

4.3. Azioni su ricerca, formazione e aggiornamento e sistema universitario

Occorre **potenziare il sistema universitario e della ricerca** per conseguire la finalità di recupero, mantenimento e promozione dello stato di benessere fisico, psichico, spirituale (in senso laico o religioso) e sociale, ampliato ad una visione olistica della persona che si fonda su una profonda conoscenza dei bisogni individuali e del contesto in cui le persone vivono.

E' indispensabile realizzare in modo ottimale la **formazione professionale**, l'aggiornamento, la **valorizzazione delle competenze e la motivazione del personale** a tutti i livelli sperimentando anche innovativi sistemi di **incentivazione** sulla base di indicatori di appropriatezza, efficacia (outcome), qualità dei servizi (output), efficienza, produttività, generazione di valore per i pazienti e miglioramento del rapporto costi-benefici di salute.

Una conoscenza che si rinnova continuamente sul piano medico-scientifico (alcune ricerche evidenziano che in dieci anni almeno metà delle conoscenze dei medici diventano obsolete), dei modelli assistenziali e delle competenze e capacità manageriali richieste da sistemi sempre più complessi e interdipendenti.

Quindi un sistema assistenziale di qualità richiede che vi sia una **forte attenzione alla ricerca e alla formazione di medici, infermieri, tecnici, altre figure professionali e amministrative**, ricerca e formazione che in primis devono fare riferimento al **sistema universitario lombardo, agli IRCCS e ad altri istituti di ricerca, ma che deve connotare tutti i livelli assistenziali sia della rete ospedaliera, sia dei servizi sul territorio considerati in modo integrato con servizi socio-assistenziali attribuiti alle competenze degli enti locali.**

Occorre focalizzare l'attenzione anche sugli aspetti di gestione e organizzazione e sulla relativa ricerca e formazione (di tipo manageriale applicata ed adattata alle specificità del sistema di tutela della salute).

Ovviamente l'attività di ricerca deve essere **differenziata secondo le finalità e le condizioni** richieste affinché essa sia efficace e produttiva. Quella di carattere scientifico che si pone **sulle frontiere avanzate della conoscenza, che richiede forti investimenti**, laboratori, attrezzature, apparecchiature avanzate e, soprattutto, ricercatori di eccellenza che operano in equipe sempre più interdisciplinari, dovrà necessariamente essere **concentrata in poche istituzioni, tra cui le università, gli IRCCS**, che devono essere inserite all'interno di reti scientifiche nazionali e internazionali.

La **ricerca clinica** su patologie diffuse, che richiede minori investimenti, ma che si basa soprattutto sulla raccolta sistematica secondo protocolli condivisi e omogenei e l'elaborazione di grandi quantità di dati e informazioni, potrà essere svolta in tutti i presidi ospedalieri all'interno di **reti cliniche e professionali, coordinate da un centro o istituzione di ricerca di riferimento**. Nell'ambito della programmazione regionale saranno identificate diverse reti cliniche e di presidi che consentono un avanzamento generalizzato delle conoscenze sui modelli clinico-assistenziali ed organizzativi. In particolare si avverte la necessità di potenziare la ricerca sui **pazienti acuti caratterizzati da pluripatologie e da pazienti cronici (quasi sempre con multi-cronicità)**, rispetto ai quali finora hanno prevalso approcci di tipo specialistico, frammentario, non ricondotti ad una visione unitaria.

5. PROPOSTE SULLA RAZIONALIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

Ciascun ospedale pubblico e privato deve svolgere un ruolo preciso e programmato in base ad una logica di complessità delle cure e di intensità tecnologica e di collocazione organizzata in una **rete multidimensionale con nodi di riferimento che realizza il continuum di “continuità dell’assistenza”, interfacciandosi anche con le strutture socio assistenziali del territorio (tra cui i nascenti CSST).**

Ogni ospedale si caratterizza come nodo di **una rete sia “orizzontale” con altri ospedali, sia “verticale”** (ospedali monospecialistici, della rete universitaria, IRCCS da un lato e cure primarie, riabilitazione, assistenza domiciliare dall’altro).

All’interno della rete le équipe di **professionisti si muovono** garantendo la presa in carico del paziente in prossimità, ma assistendolo con la migliore qualità possibile laddove esistano le condizioni (di massa critica e tecnologia) adeguate.

La **mobilità dei professionisti, anche parziale e temporanea, è fondamentale** nella rete per garantire una crescita professionale adeguata di medici, infermieri, tecnici e altre figure richieste da un’**assistenza sempre più interdisciplinare.**

La **proposta operativa** prevede un processo articolato nelle seguenti fasi: **individuazione delle AIS** – Aree Integrate di Salute, mappatura delle caratteristiche strutturali, assistenziali e funzionali degli attuali presidi, esplicitazione/ridefinizione della vocazione assistenziale di ogni presidio all’interno della rete di offerta. Le aree integrate di salute (AIS) sono definibili come **ambiti territoriali con riferimento ai quali sia possibile prevedere la presenza di una rete di presidi ospedalieri in grado di dare risposte adeguate a tutti i bisogni della popolazione.**

Tali aree potranno essere individuate con riferimento ad una dimensione demografica tendenzialmente **intorno al milione di abitanti** (con l’ovvia **eccezione dell’area metropolitana di Milano**) a seconda della densità della popolazione e saranno il riferimento per la programmazione regionale e per la sua traduzione in concreti sistemi di governo della domanda di salute e dell’offerta di servizi.

L’area metropolitana milanese ha bisogno di un proprio modello data la forte concentrazione di erogatori di servizi e la forte interdipendenza, mentre le altre devono essere concretamente individuate **sulla base dei flussi di pazienti** e delle interdipendenze socio-economiche dei territori, delle caratteristiche di viabilità e dei trasporti pubblici.

Per **favorire l’integrazione e le sinergie tra gli ospedali (pubblici e privati)** che insistono su una stessa AIS ad essa **potrebbe corrispondere una unica ASL responsabile per tutto il territorio per le funzioni di programmazione, acquisto dei servizi, controllo sugli erogatori.** In questa ottica dovranno anche essere sviluppati e rivisti gli accordi per la programmazione condivisa delle reti ospedaliere che insistono sui territori delle regioni confinanti con la Lombardia, al fine di regolare i flussi di mobilità attiva e passiva.

Le AIS favoriranno uno **sviluppo del sistema ospedaliero più sostenibile** dal punto di vista funzionale, tecnico ed economico, attuando una razionalizzazione che eviti duplicazioni e ridondanze non motivate da esigenze di garantire la libera scelta dei cittadini e l’attivazione di una sana competizione, e inefficienze di ogni tipo, ma soprattutto che **valorizzi le eccellenze e le sinergie.** Esse devono porsi gli obiettivi di consolidare le vocazioni di ogni ospedale, attuare gli accorpamenti strutturali che consentano l’eliminazione o la riduzione di sprechi, sviluppare su scala maggiore le integrazioni già esistenti e promuoverne di nuove.

La **programmazione delle AIS dovrà basarsi sul concetto di competizione collaborativa** intesa nei seguenti termini: competizione come principio di continuo miglioramento stimolato dal confronto con il passato o con realtà considerate *benchmark*, collaborativa nel senso che il miglioramento dei risultati di ogni ospedale non deve essere ottenuto a svantaggio di altre realtà o con un peggioramento della capacità di risposta ai bisogni reali di salute e di tipo economico a livello regionale.

La programmazione inoltre dovrà far **leva anche sulle reti cliniche** per le differenti patologie già esistenti o che potranno essere favorite con opportuni incentivi di carattere economico e non solo economico (ad esempio, investimenti in **tecnologie e piattaforme assistenziali utilizzabili congiuntamente** da diverse equipe che operano all'interno della AIS). Tra le piattaforme di uso congiunto assumono particolarmente rilievo le infrastrutture tecnologiche per lo scambio di informazioni ed immagini, al fine di facilitare la cura del paziente, riducendo al minimo indispensabile la sua mobilità.

La rete ospedaliera della regione Lombardia potrebbe svilupparsi attorno a tre tipologie di ospedali:

- 1. Ospedali focalizzati su ambiti di alta complessità riconosciuti a livello regionale, nazionale e in alcuni casi internazionale (in linea di massima ospedali universitari e IRCCS a vocazione mono o plurispecialistica)** che hanno la funzione di diagnosi e cura di patologie particolarmente complesse e di sviluppare e applicare tempestivamente i progressi diagnostici e terapeutici della ricerca. Hanno anche funzioni di *second referral* o di accesso diretto per patologie particolarmente complesse per le necessità della ricerca. Inoltre, ad essi dovrà accedere anche una parte di pazienti con patologie acute non complesse e non rare per consentire a medici, infermieri, tecnici e altre professioni sanitarie di avere una visione complessiva delle patologie acute che caratterizzano la popolazione. Occorre infatti evitare che la cultura professionale di questi presidi sia di tipo eccessivamente specialistico e determini difficoltà di dialogo e interazione con gli altri professionisti del sistema di tutela della salute.

Essi richiedono elevati investimenti in tecnologie e attrezzature, ricerca scientifica, formazione avanzata di equipe mediche, infermieristiche e di altri professionisti. Il numero relativamente basso di pazienti con tale complessità e il costo elevato dei presidi impongono di **evitare che si generi una competizione antieconomica per il sistema regionale a causa di duplicazioni e/o induzione di una domanda inappropriata** o comunque non necessaria, oltre a mettere a rischio la qualità delle cure erogate.

La **programmazione regionale identifica questi presidi, sulla base di criteri e parametri oggettivi di carattere scientifico e assistenziale**, e definisce concrete modalità sia per l'accesso diretto sia per la funzione di *second referral*. Di tali modalità deve essere data ampia informazione a tutti i livelli del sistema sanitario regionale (CSST, ospedali per acuti, 118 e rete delle emergenze) per evitare, da un lato, inutili ritardi e inefficienze derivanti dal duplice passaggio a presidi ospedalieri non in grado di trattare con efficacia e sicurezza i pazienti con tali condizioni di complessità e, dall'altro, l'accesso inappropriato di pazienti a minore complessità assistenziale che determina inefficienze derivanti dall'uso improprio di strutture assistenziali ad elevato costo.

Esempi di tali presidi sono riferibili a *cancer center*, *brain center*, patologie cardio vascolari, centri trapianti, patologie muscolo-scheletriche, oftalmologiche, malattie rare, ecc.

- 2. Ospedali plurispecialistici per acuti** che hanno un bacino di riferimento prevalentemente territoriale, ma che potrebbero avere per alcune specialità anche un bacino di riferimento regionale ed interregionale o nazionale.

Sono dotati di specialità mediche e chirurgiche e di tutti i servizi di supporto per il trattamento di patologie acute, non necessariamente di alta complessità.

Ai presidi ospedalieri plurispecialistici per acuti dovranno affluire pazienti con situazioni di salute abbastanza diffuse e frequenti sul territorio ma che richiedono investimenti tecnologici, ricerca e formazione di adeguate professionalità meno complesse rispetto ai presidi focalizzati su ambiti di eccellenza, sempre **rispettando soglie minime di attività** individuate per garantire la sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza. Con riferimento a tali ospedali dovrà essere attivata una razionalizzazione con lo scopo di **eliminare duplicazioni** che comportano rischi per i pazienti (es. mancato rispetto di standard minimi per le diverse specialità, dotazione insufficiente di apparecchiature/attrezzature o obsolescenza delle stesse e assenza di professionisti con le competenze richieste da un'assistenza di qualità), che si dimostrino non economiche.

Si tratta di ospedali che possono essere anche di grandi dimensioni in aree ad elevata densità di popolazione o di ospedali di medie dimensioni in aree con popolazione più dispersa. La Commissione si riserva di approfondire in un ulteriore documento il tema della dimensione ottimale e minima di tali presidi. Anche in questi ospedali **l'attività assistenziale deve essere collegata ad una ricerca diffusa** che è condizione imprescindibile per un continuo miglioramento dei livelli

assistenziali, mentre la programmazione della Regione congiuntamente con il sistema universitario individuerà sedi da destinare ad attività di ricerca e formazione di base e di aggiornamento continuo (*life long learning*).

3. **Ospedali di prossimità territoriale:** questi ospedali, configurabili come presidi ospedalieri territoriali (POT), saranno punti di primo intervento collegati a distanza con gli ospedali di riferimento. Si tratta di strutture che eseguono una casistica di base in regimi assistenziali di **degenza solo di medicina**, DH o ambulatoriali compresa piccola chirurgia. Faranno riferimento a questi ospedali pazienti con DRG non chirurgici, semplici, pazienti sub-acuti che devono essere monitorati con continuità in regime di ricovero dopo trattamenti di fasi acute (funzioni di dimissioni controllate o con letti di sollievo per i presidi dei primi due tipi), pazienti cronici, pazienti sottoposti a trattamenti riabilitativi. Quindi, in generale pazienti che si trovano in una condizione intermedia tra quella che richiede l'ospedalizzazione in un centro di alto o medio livello di complessità e quella che consente tranquillamente la gestione domiciliare.

Sono tanti e in numero crescente i pazienti che si trovano in questa condizione: tipicamente i pazienti anziani affetti da diabete mellito di tipo 2 di difficile controllo metabolico, insufficienza cardiaca in fase di scompenso moderato, malattie neurodegenerative, pazienti con broncopatia cronica ostruttiva, o con insufficienza renale cronica che non richiede ancora la dialisi, ecc.

Questi presidi devono essere attrezzati in modo da consentire **trattamenti di tipo medico e piccola chirurgia senza necessità ricovero** a costo contenuto per pazienti che richiedono **tecnologie di base** sia di tipo diagnostico che terapeutico, quali analisi cliniche, diagnostica strumentale non complessa per *imaging* (ECO, radiologia tradizionale, TAC), indagini strumentali cardiologiche e endoscopiche non complesse. Essi costituiscono un filtro in grado di evitare che i pazienti affluiscano agli ospedali focalizzati su ambiti di alta complessità, consentendo trattamenti con un più basso costo per giornata di degenza o per caso trattato. Potranno essere utilizzati anche per prestazioni diagnostiche ambulatoriali in **prericovero** e, ove esistano le condizioni di sicurezza e appropriatezza, per **prestazioni semplici in day hospital o day surgery**.

Il numero, le attività e il dimensionamento di tali presidi saranno correlati all'efficacia che avranno concretamente i CSST. Se questi ultimi aumenteranno la loro concreta capacità di rispondere in regime di non ricovero ai bisogni di pazienti diminuirà il numero e/o il dimensionamento dei POT in termini di posti letto. Al contrario, nelle aree in cui i CSST stenteranno a decollare i POT avranno un ruolo rilevante nel garantire la continuità dell'assistenza nelle fasi pre e post acute. **Si prevede quindi un'interfaccia modulabile**, da organizzare in base alle specifiche caratteristiche locali.

Sul piano istituzionale e organizzativo sono possibili due ipotesi. La prima prevede che i POT rappresentino una integrazione a valle e una proiezione sul territorio di aziende ospedaliere (ospedali focalizzati su ambiti di complessità o ospedali plurispecialistici per acuti). La seconda prevede che i POT siano una delle componenti di offerta delle aziende di servizi territoriali che governano anche i CSST. Nel primo caso si ha dipendenza gerarchica e funzionale dagli organi di governo delle aziende ospedaliere e il finanziamento dei POT è all'interno del budget assegnato all'azienda ospedaliera. Nel secondo caso si ha dipendenza gerarchica e funzionale dagli organi di governo integrato dei servizi territoriali e il finanziamento dei POT è all'interno del budget assegnato all'azienda locale di erogazione dei servizi. Nel primo caso è favorita la mobilità di pazienti, medici, infermieri, altri operatori tra presidi polispecialistici per acuti e POT, mentre è strutturalmente più debole il coordinamento con i servizi territoriali che dovrà quindi essere rafforzato con opportuni strumenti. Nel secondo caso è più agevole il coordinamento tra i servizi erogati dai POT e quelli erogati in condizioni di non degenza e sono facilitate anche strategie di presa in carico complessiva del paziente, mentre è meno agevole la mobilità di pazienti, medici, altro personale tra ospedali polispecialistici per acuti e POT, che quindi dovrà essere incentivata con opportuni strumenti, anche di tipo finanziario.

L'accesso a questi presidi avverrà su prescrizione del CSST, MMG o PDF o degli ospedali per acuti per il post ricovero.

Si tratta di condizioni che richiedono la più **intensa collaborazione tra medici, infermieri e altri operatori del presidio ospedaliero e medici, infermieri e altri operatori del territorio**. Si ritiene

che, dove esistano strutture ospedaliere adeguate e con sufficienti spazi, **i CSST possano trovare collocazione fisica nell'ambito della struttura edilizia del POT o in strutture molto prossime.**

La rete ospedaliera necessariamente deve essere progettata e riconfigurata considerando tutti gli erogatori di prestazioni che richiedono o non richiedono ricovero che insistono sul territorio dell'AIS: MMG, PDF, poliambulatori specialistici, centri diagnostici, strutture di riabilitazione e lungodegenza, RSA, assistenza domiciliare, **integrati con gli ospedali in un continuum of care.**

La rete ospedaliera si completa con le connessioni con questi erogatori che, a monte, analizzano l'evoluzione dei bisogni di salute, filtrano la domanda di prestazioni e identificano gli ambiti di offerta più appropriati e con il migliore rapporto benefici/costi per i pazienti e per il SSR (MMG, specialisti ambulatoriali, ecc.), mentre a valle completano l'iter assistenziale del paziente post acuto.

Per perseguire obiettivi di reale orientamento ai bisogni del paziente, questo sistema, fondato dal punto di vista strutturale e organizzativo sui tre livelli sopra richiamati, deve essere completato con **regole che favoriscano/incentivino la mobilità di equipe specialistiche tra i diversi nodi della rete ospedaliera e territoriale (logica del "pendolo").**

Essa **sovverte il modello tradizionale, ancor oggi dominante, secondo cui è il paziente che deve spostarsi per ricevere diagnosi e cura** presso il livello della rete più appropriato per la risposta al suo problema di salute.

In questo caso, **sono le equipe di professionisti che si spostano** presso i vari ospedali della rete o i CSST per effettuare trattamenti. Questo modello si adatta bene soprattutto per le discipline chirurgiche che eseguono interventi in regime ambulatoriale o di Day Surgery e che non hanno necessità di tecnologie particolarmente sofisticate (ad es. oculistica, otorinolaringoiatria, ecc.).

Per ogni attività medica o chirurgica dovrà essere specificato che il modello del "pendolo" sarà applicato solo se gli ospedali o le strutture che accolgono le equipe sono **dotati di tecnologie, spazi e servizi necessari per poter effettuare in piena sicurezza gli interventi terapeutici.**

Per poter funzionare concretamente la logica del pendolo richiede che si stabiliscano forme di collaborazione tra i medici tramite il **rafforzamento delle reti cliniche**, che le equipe abbiano una conoscenza precisa di tutte le strutture nelle quali esse sono chiamate ad operare, che vi sia una diffusa informazione sulle opportunità consentite da tale modello rivolta ai medici ospedalieri, ai CSST, ai MMG, PDF e pazienti. Più in generale, il miglioramento sul piano assistenziale e dei rapporti benefici/costi dell'intera rete assistenziale della Regione Lombardia richiederà anche la dotazione di **tecnologie informatiche** per lo scambio di pareri/consulti, di immagini, di dati nonché un sistema di finanziamento in grado di stimolare e incentivare comportamenti virtuosi con riguardo alle esigenze dei pazienti (con riferimento a questi temi la Commissione si riserva un eventuale approfondimento di dettaglio in un futuro documento).

Nei POT e nei CSST **dovrà essere sviluppata soprattutto una ricerca innovativa sulle condizioni dei pazienti cronici e sui modelli assistenziali**, due ambiti rispetto ai quali vi è un'enorme carenza di conoscenze supportate da evidenze, non solo in Italia. Si tratta di una ricerca che richiede investimenti limitati e che può essere condotta soprattutto tramite una forte azione di coordinamento e di definizione delle tipologie di pazienti e di condizioni di salute.

Occorrerà identificare le forme e le modalità per fare in modo che le **conoscenze sviluppate nei diversi ambiti di ricerca (per patologie complesse, per patologie acute, per patologie croniche) siano diffuse in tutto il sistema.** Infatti le conoscenze scientifiche di frontiera devono tradursi il più rapidamente possibile in conoscenze per trattare problemi di salute acuti e della cronicità.

Il sistema universitario deve garantire la formazione di base di medici, infermieri, tecnici, altre figure professionali e manageriali specificamente per la sanità richieste sia dall'attività assistenziale (per le facoltà mediche), sia amministrative, organizzative, manageriali, di progettazione delle strutture di assistenza (facoltà non mediche), nonché il **continuo aggiornamento** richiesto dal progresso scientifico e dall'innovazione dei modelli organizzativi assistenziali. La Commissione ritiene di sottolineare che negli ultimi decenni la formazione di base ha privilegiato la linea dello sviluppo in senso specialistico delle conoscenze, mentre è rimasta largamente disattesa l'esigenza dell'aggiornamento durante la vita

professionale di medici, infermieri e altri professionisti, lasciata all'iniziativa individuale o demandata a sistemi spesso rivelatisi burocratici e inefficaci quali ECM. Oggi si ritiene che la formazione di base e l'aggiornamento debbano ritornare a dare un forte rilievo al **principio che curando la malattia si deve curare il malato**. Inoltre, deve essere posta grande attenzione alla **formazione per l'assistenza a pazienti cronici e alla condizione dell'anziano**. Infine va ricordato che l'attività clinica e assistenziale deve essere occasione per **generare evidenze utili alla migliore conoscenza e alla formazione dei professionisti**. Conseguentemente, la stretta collaborazione tra strutture assistenziali, università mediche, dipartimenti di università non mediche che si occupano a vario titolo delle problematiche di salute è condizione essenziale per un **sistema formativo che mantenga la Lombardia in posizioni di eccellenza a livello nazionale e internazionale**.

6. PROPOSTE SUL NUOVO MODELLO DI OSPEDALE: L'OSPEDALE A CURE INTEGRATE

Il modello per “cure integrate” proposto non ha nulla a che vedere con il cosiddetto Ospedale per intensità di cure.

L'**ospedale** di nuovo modello può meglio rispondere ai mutati bisogni dei singoli cittadini e alle richieste della nuova medicina ed è fondato su una concezione sinergica tra funzionamento e centralità della persona. Il recupero della concezione originaria di ospedale come luogo di **Umanizzazione, e non solo di diagnosi e cura in senso tecnico, passa dal contenuto relazionale del rapporto tra medici, infermieri e altri operatori sanitari con i pazienti, ma anche da una funzionale ed efficiente organizzazione.**

Ciò può essere ottenuto tramite:

- **modello integrato** di diagnosi e cura;
- **organizzazione e gestione** basate sui **processi di cura e assistenza**;
- **valorizzazione delle professionalità** con chiara **distinzione delle responsabilità**;
- attenzione accentuata ad **accoglienza e ospitalità di alta qualità**, che favorisce benessere e mitiga l'ansia;
- **architettura** rispettosa delle esigenze delle persone ricoverate, ma anche della accessibilità per i parenti e per chi riceve servizi senza ricovero, nonché della **sostenibilità ambientale ed economica.**

In esso i **processi di diagnosi e cura, assistenza, ricerca e formazione sono strettamente interdipendenti** e sono finalizzati al continuo miglioramento della qualità delle risposte ai bisogni reali del singolo paziente. Per ottenere ciò, i **medici** devono essere valorizzati nella loro **funzione di diagnosi e cura, gli infermieri, i tecnici e altri professionisti** devono avere **l'autonomia e la responsabilizzazione sui processi assistenziali e di supporto**, ad ognuno riconosciuti dalla legge e assegnati nell'ambito della struttura organizzativa.

Il **personale amministrativo** deve svolgere le proprie funzioni con l'obiettivo di **semplificare l'attività** per chi deve garantire le migliori condizioni per i pazienti (organizzazione ispirata ai principi *lean*). Infatti, medici, infermieri, tecnici e altro personale di assistenza devono essere messi in condizione di **dedicare la maggior parte del proprio tempo ai pazienti, riducendo al minimo essenziale attività amministrative** che non generano valore né per i pazienti, né per l'efficienza gestionale e organizzativa (procedure e attività burocratiche fini a se stesse o a controlli puramente formali). A loro volta, coloro che assumono ruoli e posizioni manageriali a livello intermedio e di alta direzione, devono **organizzare le facilities** e definire criteri e sistemi di gestione con l'obiettivo di **ottimizzare l'efficienza nell'impiego delle risorse**. L'organizzazione dell'ospedale deve essere improntata al principio di **chiara distinzione delle responsabilità** di:

- **medici sui processi di diagnosi e cura**;
- **infermieri sulle funzioni assistenziali**: assicurare l'applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche definite dai medici, alimentazione, idratazione, l'eliminazione urinaria e intestinale, il movimento, il riposo e il sonno, la funzione cardio-circolatoria, un ambiente sicuro e l'interazione nella comunicazione;
- **Operatori Sanitari (OSS) per tutte le specifiche funzioni**, mansioni e attività loro attribuite dalle leggi nazionali e regionali e dai modelli assistenziali definiti da ogni presidio;
- **tecnici sulla appropriatezza e la qualità** dello svolgimento degli accertamenti strumentali;
- **manager di livello intermedio** sulla **valorizzazione e motivazione del personale (unità organizzative semplici e complesse)** e il corretto **uso delle risorse materiali e finanziarie** attribuite alle specifiche unità organizzative;
- **alta direzione sul coordinamento unitario** di tutti i processi dell'ospedale e sui rapporti con il livello di programmazione regionale, con la rete dei presidi ospedalieri, con l'assistenza extra ospedaliera (specialistica e di cure primarie).

Un'organizzazione finalizzata a **riequilibrare la specializzazione dei saperi**, che ha comportato il rischio di focalizzare l'azione più sulle competenze dei professionisti che non sul bisogno della persona, con la professionalità/capacità di **visione unitaria della stessa**.

Ciò può essere ottenuto passando da modelli organizzativi di tipo strutturale, che fanno riferimento alla specializzazione dei saperi, a **modelli organizzativi di tipo funzionale (per processi o per profili di diagnosi e cura)**, che partendo da un'identificazione della natura del bisogno siano in grado di aggregare le diverse competenze professionali necessarie per dare una risposta appropriata e di qualità.

Una risposta che consideri congiuntamente la **dimensione oggettiva** data da parametri e indicatori scientifici ed assistenziali (quello che può essere definito valore assistenziale reale) e la **dimensione soggettiva** che impone di tener conto anche delle percezioni e della condizione di fragilità dei pazienti (quello che può essere definito valore assistenziale percepito).

6.1. Processi integrati di cure

Per quanto riguarda i processi di diagnosi, cura e assistenza, il moderno ospedale è perciò caratterizzato da:

- **rafforzamento di interazione, collaborazione polispecialistica e multidisciplinare, sinergia tra competenze e professionalità;**
- **cure integrate, scientificamente valide e sollecite;**
- **ricerca e innovazione** per la corretta attuazione dei migliori trattamenti possibili per ogni singola persona;
- **personalizzazione delle cure** con l'adattamento di protocolli standard, in grado non solo di risolvere i problemi clinici ma anche di alleviare il dolore.

Il **rafforzamento di interazione, collaborazione polispecialistica e multidisciplinare, e della sinergia tra competenze e professionalità** è imposto dal fatto che anche la maggior parte dei pazienti acuti è in genere caratterizzata da **pluripatologie** e che le cure tramite farmaci e metodiche avanzate sono caratterizzate da grande efficacia ma, al tempo stesso, possono determinare rilevanti effetti collaterali non sempre considerati da chi ha un approccio specialistico.

La **considerazione unitaria del paziente**, per la diagnosi e la cura, tradizionalmente è stata affidata alla figura dell'internista, tuttavia, dato l'enorme progresso delle conoscenze è molto difficile (anche se non impossibile e non da escludere a priori) che tale funzione possa essere svolta da un unico medico, seppur qualificato da grande esperienza.

Si ritiene perciò maggiormente realistico pensare ad una organizzazione "propria di strutture ad elevata complessità" e non più di tipo artigianale, nella quale la completa responsabilità e la potestà dell'indicazione diagnostica e terapeutica sia affidata a **unità/equipe mediche polispecialistiche, dirette da un medico dotato di elevata esperienza, competenza, autorevolezza e di efficaci strumenti organizzativi (primario)**. Ognuna di esse sarà composta da medici con competenze complementari definite sulla base delle caratteristiche prevalenti dei pazienti, della dotazione di personale e di **modelli organizzativi che ogni ospedale adotta in ragione della propria storia e delle forme di collaborazione consolidate e condivise**. A tali unità è attribuita la **funzione di organizzare al meglio le cure e il loro iter, liberate da incombenze burocratiche eccessive e dai carichi di gestione di settori o persone**, che sono organizzate e gestite da altre figure professionali che forniscono servizi alle unità/equipe mediche secondo le loro richieste e indicazioni. Ogni unità/equipe medica si organizza internamente per gestire le patologie multiple attraverso accordi e/o inserimenti di competenze anche di discipline diverse da quella specifica (ad es. inserimento di competenze internistiche)

Nelle unità/equipe mediche sono **potenziate e integrate le competenze e le professionalità mediche** e, pur prevalendo il ruolo riconosciuto a chi ha la responsabilità del malato in base alla patologia primaria, sono valutati congiuntamente con altre competenze cliniche gli effetti delle cure sulla complessiva condizione del paziente (es. su patologie secondarie o su tutti gli organi e le funzionalità).

Queste attività di integrazione saranno favorite da una organizzazione degli spazi in cui esisteranno **studi medici centralizzati** dove le unità/equipe mediche avranno stanzialità, separati dalle degenze e dagli ambulatori, organizzati per dipartimenti o interdipartimentali, in cui la vicinanza fisica tra professionisti e

la disponibilità di dati clinici e scientifici grazie all'ICT favorisca gli scambi di informazioni e competenze e la interdisciplinarietà.

L'unitarietà dei processi di diagnosi e cura dovrà essere garantita secondo modelli organizzativi (es. organizzazione per dipartimenti di diversa natura, organizzazione per PDTA ospedalieri o intra ed extra ospedalieri, ecc.) che, pur nell'ambito del modello concettuale, possono essere specifici in relazione alla cultura dei medici, alla maggiore o minore propensione alla collaborazione, alla presenza di medici dotati di autorevolezza sul piano scientifico e di leadership sul piano organizzativo, alla dotazione di tecnologie, alle caratteristiche edilizie e logistiche (ospedale a monoblocco o a padiglioni, possibilità di integrazione tra attività di ricovero, *day hospital* e ambulatoriale, blocco operatorio centralizzato o diversi blocchi operatori), ai supporti organizzativi garantiti dal management.

L'organizzazione polispecialistica delle unità mediche consente di garantire cure scientificamente valide e sollecite, nonché la ricerca e l'innovazione per la corretta attuazione dei migliori trattamenti possibili per ogni singola persona.

Per evitare che il principio della presa in carico in modo integrato del paziente determini una deresponsabilizzazione, è necessario che per ogni paziente sia individuato un medico che ha la **"responsabilità primaria" nell'applicazione del piano di cura personalizzato**, che deve tenere conto delle conoscenze accumulate nei protocolli standard da un lato e delle specifiche condizioni del paziente dall'altro. Questa figura, che può essere definita **"medico referente"**, ha quindi la responsabilità di garantire che sia eseguito correttamente l'iter di ricovero dall'ammissione alla dimissione e che siano correttamente eseguite le prescrizioni dei medici. Inoltre, ha la responsabilità di monitorare costantemente l'evoluzione delle condizioni del paziente, confrontandosi con gli altri medici dell'unità o di altre unità, e curando la comunicazione sulle cure, i tipi, i modi e i tempi per attuarle, le alternative possibili e la prognosi. A tale figura è demandata anche la funzione di predisporre, fin dall'ammissione, il piano di dimissione dei pazienti e di verifica periodica della sua efficacia, coinvolgendo il personale infermieristico e socio-sanitario, e di programmare alle dimissioni l'organizzazione del follow-up.

Spetta ai **responsabili apicali dei dipartimenti o delle unità semplici (all'interno di unità organizzative complesse o che riferiscono direttamente al dipartimento) o complesse** in cui esso è articolato **garantire il coordinamento tra i medici**, individuare dei medici referenti e verificare i risultati sul piano assistenziale.

Per ogni paziente attribuito alla propria responsabilità, il medico referente deve assicurarsi che gli infermieri, nell'ambito delle **unità di degenza**, applichino correttamente le procedure diagnostiche e terapeutiche definite dai medici, garantiscano i bisogni assistenziali segnalando al medico referente ogni informazione rilevante che riguarda l'efficacia della cura.

Nell'ambito delle **unità di degenza** la corretta assistenza e la distribuzione di **compiti, funzioni e responsabilità degli infermieri e del personale socio-assistenziale** sarà affidata a un **Coordinatore Infermieristico (Capo Sala)** e alla Direzione dell'Assistenza infermieristica, secondo il modello organizzativo adottato dall'ospedale.

Il **rafforzamento della cultura di collaborazione** tra medici, infermieri, tecnici e altro personale assistenziale è condizione essenziale per identificare le modalità e i processi di reciproca comunicazione, idonei a garantire la massima efficacia delle cure, la sicurezza dei pazienti e la rapida dimissione. Ciò nel rispetto delle leggi, tuttavia con interpretazioni orientate a perseguire il massimo benessere per i pazienti e non al rispetto puramente formale e burocratico.

6.2. Processi organizzativi e gestionali, di accoglienza e ospitalità

A loro volta, i processi gestionali e organizzativi e gli aspetti di ospitalità devono essere **progettati e realizzati partendo dalla centralità del paziente e dei processi di diagnosi e cura**.

L'efficienza nell'impiego delle risorse e la riduzione dei costi sono obiettivi che devono essere perseguiti contestualmente e in sinergia con l'obiettivo primario di alta qualità nelle cure e nell'assistenza e di validi risultati di outcome.

Infatti, maggiore **appropriatezza, efficacia e qualità consentono di ridurre i costi e di liberare risorse** per un ulteriore innalzamento dei livelli assistenziali.

Ciò può essere ottenuto agendo sui seguenti elementi:

- adozione di un modello organizzativo di tipo funzionale che parte dalle esigenze del paziente, ossia definito sulla base della complessità e severità della sua condizione e, conseguentemente, di appropriati **Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali** (per la fase di ricovero e, auspicabilmente, estesi alle fasi pre e post ricovero in una visione di continuità dell'assistenza);
- **semplificazione** dei processi assistenziali e dei correlati processi amministrativi;
- **riduzione ed abolizione degli sprechi** e delle perdite di tempo (del paziente e del sistema ospedale), che possono essere ottenute con l'applicazione di chiari e precisi indicatori;
- **gestione centralizzata di strutture e risorse comuni**, con modalità che garantiscano comunque la pronta disponibilità di farmaci e altro materiale sanitario richiesto dalle unità;
- **flessibilità** per adattarsi a nuove esigenze;
- **riduzione delle degenze al minimo essenziale per risolvere efficacemente il problema acuto**, con modalità di trasferimento a reparti sub-acuti o a presidi ospedalieri territoriali e ad altre strutture residenziali (ad esempio riabilitazione o residenze sanitarie protette) o ai CSST;
- ottimale utilizzo della capacità assistenziale delle **unità di degenza, di day hospital, day surgery e ambulatori**;
- sistema di **ICT** evoluta, che consenta la **rapida disponibilità di informazioni** utili alla migliore gestione dei processi di diagnosi, cura e assistenza da un lato e dei processi amministrativi dall'altro, nonché la loro integrazione a supporto dei processi di decisione, monitoraggio dei risultati e valutazione della gestione;
- adozione di sistemi di **Programmazione e Controllo di gestione**, che considerino in modo unitario obiettivi e risultati di efficacia (outcome), qualità dei servizi (output), efficienza, produttività, generazione di valore per i pazienti e miglioramento del rapporto costi-benefici di salute e che consentano, con riferimento a questi aspetti della gestione, il confronto tra **standard presenti nella migliori letterature internazionali o previsti da normative nazionali e regionali e risultati effettivi**.

Per **eliminare e ridurre gli sprechi derivanti dalla gestione frammentata e diffusa**, che ancor oggi caratterizza molti ospedali, si propone di individuare un **responsabile**, o una unità organizzativa negli ospedali più complessi e con molteplici presidi, **per la gestione operativa e logistica della struttura ospedaliera** (letti, sale operatorie, ambulatori, sale diagnostiche), che faccia riferimento alla Direzione Generale e che abbia professionalità e esperienza non necessariamente medica.

Il moderno ospedale è sempre più caratterizzato anche da figure e posizioni di responsabilità che, essendo correlate alla concreta organizzazione e non a specifiche conoscenze di base, devono essere attribuite a "coloro che dimostrano concretamente di saperle svolgere a seguito di specifici percorsi formativi o della esperienza maturata sul campo" adeguatamente certificata (cosiddetti ruoli e posizioni contendibili, ossia che possono essere esercitati da persone che provengono da differenti personalità di base).

Tra questi nuovi ruoli e responsabilità si può evidenziare quella della **Direzione alberghiera** che gestisce tutti gli aspetti legati all'accoglienza e ospitalità (es. parcheggi, trasporti, portineria, reception, informazioni, ristorazione, pulizie, guardaroba, comfort ambientale, distributori automatici, intrattenimento, accesso all'informazione e alla comunicazione per gli ospiti, negozi, security, ecc.) per soddisfare al meglio ogni necessità in questi ambiti. Il Responsabile non deve essere né medico né sanitario, ma provenire da esperienze e preparazione nel mondo dell'*hotellerie*.

Gli aspetti di accoglienza e ospitalità del nuovo ospedale sono fondamentali. Il paziente si trova al centro non solo dei processi di diagnosi e cura, ma anche di una particolare e rinnovata attenzione alla situazione di fragilità fisica e psicologica in cui si trova, e ha quindi bisogno di sentirsi accolto, ospitato, tutelato e rasserenato e **quindi ha diritto a:**

- **informazioni** chiare, precise e comprensibili sulla malattia e le possibilità di cura, comunicate con modalità che tengano conto delle condizioni psicologiche di ognuno;
- **un'atmosfera accogliente**, rassicurante, amichevole;

- **ospitalità alberghiera di alto livello** (definita in base alle aspettative delle persone, che dipendono dalle caratteristiche strutturali degli ospedali e, soprattutto, dalla gravità delle loro condizioni, dalle attitudini relazionali e da abitudini e culture locali), possibilmente con camere singole, con tutti i servizi, con possibilità di ospitare un familiare anche di notte, con aree comuni di accoglienza, intrattenimento e relax;
- **visite libere e facilità di comunicazione**
- **rispetto** della dignità e della privacy.

(Le caratteristiche del nuovo modello di ospedale e del suo funzionamento sono specificate in modo analitico nell'allegato 2)

6.3. Architettura e sostenibilità

Le “**Architetture per la salute**” (forme, materiali, colori, arredi, luce, spazi verdi), per essere funzionali, dovrebbero discendere da una visione di lungo periodo sui modelli assistenziali richiesti da una medicina che cambia con continuità, ossia devono tenere conto non solo delle esigenze attuali ma dei trend evolutivi.

La Commissione ritiene che la struttura fisica dell’Ospedale dovrebbe essere costruita secondo **concetti, principi e modalità che siano legati alle esigenze di soddisfare i bisogni dei pazienti (ricoverati e non ricoverati), di medici, infermieri, tecnici e altri operatori sanitari impegnati nell’assistenza diretta e di personale coinvolto in attività amministrative e di supporto di altro genere.**

Dal punto di vista progettuale significa pensare a un ospedale a elevata **flessibilità**, capace di riadattare rapidamente spazi e funzioni in relazione all’evolversi delle esigenze terapeutiche e alle sempre nuove opportunità offerte dall’innovazione tecnologica in ambito diagnostico e terapeutico.

Per quanto riguarda l’emergente necessità di **sostenibilità in termini ambientali, economici e sociali**, occorre tenere in attenta considerazione che il perseguimento di **elevati livelli di qualità ambientale comporta a medio-lungo termine effetti positivi** sia sul contenimento dei costi, sia sul benessere e comfort dei pazienti, del personale medico sanitario e degli utenti più in generale.

Questo obiettivo assume una particolare rilevanza per gli ospedali, che pur rappresentando i luoghi istituzionalmente preposti alla promozione e al recupero della salute, **possono generare effetti negativi non trascurabili sull’ambiente e conseguentemente sulla salute** stessa dell’uomo.

Più in dettaglio i principi ispiratori dell’architettura per la salute quali possono essere sintetizzati come segue:

- **contiguità** o prossimità nei layout funzionali e distributivi e definizione di **percorsi e flussi studiati per i processi** di diagnosi e cura integrati, razionali ed efficienti;
- **dimensioni contenute e compattezza** dei volumi, ovvero, edifici bassi a prevalente sviluppo orizzontale, aree ben collegate, spazi flessibili, modulari e trasformabili per conformarsi nel tempo ai nuovi modelli diagnostico-terapeutici e assistenziali;
- **forma architettonica di qualità congiunta alla funzionalità** e alla soddisfazione degli ospiti, degli operatori, dei singoli e della collettività;
- ottimale impiego delle risorse e **riduzione degli sprechi**;
- considerazione della **realtà specifica del territorio di inserimento**, tenendo conto anche di rischi idrogeologici, sismici, impiantistici, biologici, chimici, nonché della integrazione con il contesto socio-culturale urbano;
- **accessibilità** alla struttura grazie ad ambiti fortemente infrastrutturati, vicinanza ai mezzi di trasporto pubblico e adeguate dotazioni di parcheggi;
- **sostenibilità, espressa sinteticamente nel concetto di un Green Hospital** con rispetto e valorizzazione dell’ambiente, abbattimento dell’inquinamento, ecologia e tecnologie per il risparmio energetico (edificio intelligente), certificati da organismi esterni indipendenti (ad es. *LEED: Leadership in Energy and Environmental Design*).

Mentre gli ospedali privati potranno adeguarsi a questo modello ideale sulla base delle proprie strategie e della disponibilità di risorse economiche, il sistema degli ospedali pubblici deve necessariamente tenere conto delle **valutazioni di fattibilità sul piano economico e finanziario**.

La **mappatura aggiornata delle caratteristiche edilizie e strutturali** degli attuali ospedali, nonché del loro stato di conservazione, (*vedi allegato 1*), dei costi di gestione, di quelli previsti per le eventuali ristrutturazioni, consentirà di definire quali ospedali possano essere rifunzionalizzati e quali invece dovranno essere sostituiti con nuove strutture, la cui localizzazione potrà tenere conto dell'inserimento in un piano urbanistico che garantisca rapida accessibilità e riduzione degli effetti in termini di congestione del traffico.

Ciò costituirà la base per un **piano degli investimenti in edilizia ospedaliera** alimentato con appositi fondi dell'Unione Europea (qualora previsti), dello Stato, della Regione, con la valorizzazione delle aree su cui sono costruiti gli attuali presidi ospedalieri, con **attrazione di capitali privati** in forme e modalità di partnership vantaggiose sia per l'operatore pubblico che per i finanziatori privati.

Solo team di progettazione interdisciplinari, coesi e collaborativi, potranno tradurre questi principi in concreti progetti. Team composti da persone dotate di **nuove professionalità (ad es. l'Hospital Planner)** che, operando a stretto contatto con medici e ricercatori nel campo della salute, sappiano coniugare la capacità di anticipare le future esigenze di diagnosi, cura, assistenza, con le conoscenze in campo architettonico e dell'uso di materiali.

È inoltre auspicabile **definire linee guida per evitare che ogni team di progettazione elabori visioni e soluzioni personali in contrasto con gli indirizzi assunti dalla Regione**.

Il contributo di tali figure professionali e il lavoro del team necessario potranno essere tanto più efficaci quanto più chiare saranno:

- la **condivisione di principi generali sui diritti dei pazienti**;
- l'identificazione del **ruolo dell'ospedale** nella rete (mission), delle finalità e degli obiettivi di lungo periodo (vision) le **strategie di lungo periodo** dell'ospedale;
- la condivisione di Principi ispiratori, Politiche, Modalità operative e procedure che ne discendono sia nella fase di realizzazione che in quella di gestione
- le **tipologie di servizi** di diagnosi, cura e riabilitazione (le politiche e il portafoglio dei servizi), delle attrezzature diagnostico-terapeutiche e degli impianti necessari;
- la **struttura organizzativa** che deve chiarire chi fa cosa, in quali tempi e con quali responsabilità sui risultati;
- i **sistemi gestionali e operativi** e, in particolare, quelli di natura logistica.

7. GOVERNANCE

Un sistema di governance è costituito dai seguenti **elementi**:

- **Individuazione** delle aree territoriali di riferimento per l'organizzazione del sistema di offerta, identificate come **AIS** (Aree Integrate di Salute);
- Definizione delle **strutture di offerta**, articolata nella rete dei presidi ospedalieri, dei CSST, degli MMG, PDF e altri erogatori di servizi pubblici e privati;
- Configurazione della struttura e delle **funzioni degli organi di governo** delle AIS, dei presidi ospedalieri, dei CSST e delle relative funzioni;
- Definizione di un **sistema di finanziamento** collegato a un sistema di programmazione, controllo, verifica, valutazione e responsabilizzazione sui risultati.

Il presente documento ha per oggetto le motivazioni e le proposte di riorganizzazione della rete ospedaliera e la qualificazione assistenziale, organizzativa, gestionale ed edilizia dei singoli presidi ospedalieri (nodo della rete) del sistema regionale lombardo che riguarda oltre dieci milioni di abitanti.

La natura e le caratteristiche dei CSST e del sistema di offerta di servizi non ospedalieri sono oggetto di un altro documento approvato dalla commissione. Il funzionamento del sistema richiede una chiara individuazione della struttura e degli organi di governo a livello regionale, delle AIS, dei presidi ospedalieri.

La Commissione affronterà con successivi documenti le problematiche di riorganizzazione della rete della emergenza-urgenza, delle funzioni e dei servizi di prevenzione, della medicina veterinaria e controlli sanitari sugli alimenti.

La proposta di **identificare AIS di grandi dimensioni, 5-6 in tutta la regione**, di cui una relativa all'area metropolitana milanese, si fonda sulla considerazione che una programmazione centralizzata diventa per sua natura troppo rigida e inadeguata ad adattarsi alle specificità dei diversi territori, mentre **l'attuale articolazione su ASL provinciali appare eccessivamente frammentata e inadeguata** a perseguire contemporaneamente economie di scopo (tutelare nel migliore dei modi i differenti bisogni di salute), di scala (perseguire riduzione di costi in rapporto al corretto dimensionamento delle attività) e di specializzazione (consentire di seguire sul piano della ricerca, formazione, assistenza l'evoluzione dei bisogni della popolazione).

Per ogni AIS va costituita un'azienda sanitaria (ASL) che ha responsabilità di programmazione e governo del sistema e non di erogazione di servizi. Per ognuna di esse è prevista la figura del Direttore Generale che insieme ai Direttori Generali della Direzione Generale Salute e al Direttore Generale Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato costituiscono **l'organo di Direzione strategica regionale** che riferisce ai rispettivi assessori e alla giunta regionale.

Tale organo ha la funzione di definire:

- le **regole** di sistema e in particolare i criteri, i parametri e gli standard sulla base dei quali si deve procedere alla **razionalizzazione della rete ospedaliera e della rete** di offerta di servizi **di cure primarie sul territorio**, secondo le linee del presente documento;
- i presidi ospedalieri di **alta complessità** e di rilevanza regionale (pubblici e privati, universitari e IRCCS) e i loro rapporti con l'intera rete degli **altri presidi** di offerta regionale con l'AREUR;
- Le **sedes per attività di ricerca e formazione** in accordo con il sistema delle università lombarde e le altre strutture di ricerca e formazione;
- **l'integrazione tra servizi** sanitari, socioassistenziali, socioassistenziali, tramite il coinvolgimento degli enti locali e delle strutture che ad essi fanno riferimento (CSZ ed altri);
- **regole per l'accreditamento** di strutture private e dei rapporti pubblico-privato con l'obiettivo di attivare da un lato forme di competizione "virtuosa" (a beneficio dei pazienti) e dall'altro forme di collaborazione e integrazione sinergica;
- **linee di programmazione triennale e annuale** collegate al bilancio pluriennale, annuale e al piano degli investimenti;
- **sistemi di valutazione dei risultati** basati su indicatori di appropriatezza, efficacia, qualità, efficienza, economicità, sulla base dei quali valutare e responsabilizzare gli erogatori di servizi;

- **sistema di finanziamento** idonei a premiare gli erogatori virtuosi e a penalizzare gli erogatori meno virtuosi;
- **gli accordi con altre regioni o con altri stati** (in applicazione della direttiva 24/2011 dell'Unione Europea) per regolare la mobilità attiva e passiva.

In questo modo vengono chiaramente distinte le funzioni di **programmazione, analisi e interpretazione dei bisogni reali, acquisto dei servizi e stretto controllo dagli erogatori di servizi socio-sanitari e assistenziali , organizzati in aziende di servizi le cui caratteristiche, governance e modalità di funzionamento saranno approfonditi dalla Commissione in un successivo documento.**

I presidi ospedalieri ad **elevata complessità** pubblici e i presidi plurispecialistici per acuti sono costituiti in **aziende autonome** che si configurano come provider di servizi. Per i **POT** resta aperta l'alternativa tra:

- a) presidi di prossimità territoriale inseriti nelle aziende ospedaliere
- b) presidi inseriti nel sistema di offerta territoriale, sotto la responsabilità di aziende di servizi che si configurano come provider locali.

All'interno di ogni azienda AIS operano vari erogatori di servizi pubblici e privati in forma associata o di medicina di gruppo in forma di società di servizi di diritto pubblico, privato o misto (ad esempio nell'ambito delle sperimentazioni gestionali), il cui finanziamento viene definito sulla base di forme idonee a responsabilizzare in termini di risposta a bisogni reali, a disincentivare la creazione di domanda impropria, a premiare l'efficacia, la qualità e l'efficienza. Il **Direttore Generale di ASL**, coadiuvato da un direttore sanitario, da un direttore amministrativo, un direttore all'integrazione sociosanitaria e un comitato strategico improntato ai principi della *clinical governance* ha la responsabilità di:

- **Applicare le regole** di sistema adattandole al proprio contesto;
- **Definire l'articolazione della Asl** in network di ospedali plurispecialistici per acuti e POT, tenendo conto delle caratteristiche del territorio (concentrazione urbana, territori di pianura con trasporti agevoli, territori di collina e montagna), della distribuzione della popolazione, dei possibili collegamenti telematici, del reale funzionamento dei CSST, dei livelli di collaborazione che si stabiliscono tra presidi ospedalieri, territoriali e ospedali plurispecialistici per acuti da un lato e strutture di assistenza extra ospedaliera dall'altro (CSST e altri);
- **Applicare la programmazione regionale** al proprio contesto;
- **Garantire l'integrazione** della risposta ai bisogni reali, favorendo anche una **corretta competizione tra diversi provider** (pubblici, privati non profit, privati profit, misti pubblico-privato nelle forme consentite dalle leggi regionali e nazionali);
- Tradurre la programmazione in **assegnazione di budget** ai presidi ospedalieri, ai CSST e ad altre strutture;
- **Monitorare e controllare** l'attività dei provider in termini di appropriatezza, qualità, efficienza (es. rispetto di costi standard, etc.).

La governance delle aziende-ASL potrebbe essere articolata funzionalmente in: a) **comitato dei direttori sanitari amministrativi dei presidi ospedalieri** della ASL di competenza (se previsti); b) un **comitato di integrazione tra ASL e enti locali** del territorio.

La composizione e le funzioni di questi comitati deve essere demandata all'autonoma determinazione delle aziende ASL secondo il proprio statuto e nel rispetto di linee generali della regione. Sarà la regione a definire composizione e compiti dei comitati che adattano al territorio le indicazioni ricevute

8. PROPOSTE FINANZIAMENTO

Il sistema di finanziamento costituisce una delle leve più forti per governare i processi di cambiamento.

Pertanto si ritiene che l'effettivo passaggio al sistema di rete ospedaliera delineata nella presente proposta debba passare anche attraverso la **revisione del finanziamento della gestione e degli investimenti**.

Per quanto riguarda la **gestione**, si propongono i seguenti **indirizzi**:

1. Per il finanziamento delle aziende ospedaliere ad **elevata complessità** di rilevanza nazionale e internazionale e degli ospedali polispecialistici per acuti pubblici e privati, **correzione della parte di finanziamento con il sistema DRG** e delle **prestazioni singole** (ambulatoriali, file F, ecc.) sulla base di indicatori di appropriatezza, efficacia (**outcome**), qualità dei servizi e quantità delle prestazioni (**output**), efficienza, produttività (P4P), generazione di valore per il paziente, rapporto benefici-costi, calcolati con riferimento a dati già disponibili in regione o da raccogliere ove non esistenti: il sistema dovrebbe prevedere programmi delle aziende ospedaliere contenenti obiettivi di miglioramento e indicatori sulle dimensioni appena ricordate e a consuntivo il finanziamento potrebbe essere aggiustato con un moltiplicatore superiore a 1, nel caso gli obiettivi siano raggiunti o superati, e inferiore a 1 nel caso in cui gli obiettivi non siano raggiunti;
2. Per il finanziamento delle **funzioni non tariffabili**, dovrebbe prevedersi un più **stretto collegamento con obiettivi** di ricerca, formazione (ove prevista), di appropriatezza, efficacia (**outcome**), qualità e quantità dei servizi (**output**), efficienza, produttività e qualità dei servizi, generazione di valore per il paziente, rapporto benefici-costi, **misurati da pochi e chiari indicatori**, al fine di superare finanziamenti su base storica talvolta poco corrispondenti all'importanza di una medicina d'avanguardia o poco collegati a criteri chiari e oggettivi;
3. Per il finanziamento dell'assistenza dei **CSST** si propone il riferimento al modello per patologia cronica e stati di salute come **CREG** o a **sistemi** di "prese in carico dei pazienti", idonei a **incentivare il più elevato livello** di appropriatezza, efficacia (**outcome**), qualità e quantità dei servizi (**output**), efficienza, produttività, generazione di valore per il paziente, rapporto benefici-costi;
4. Per il finanziamento dei **POT** occorre raccogliere ulteriori dati e informazioni per valutare l'opportunità di far rientrare nella tipologia di finanziamento di cui al punto 1, qualora si scegliesse la soluzione istituzionale di inserirli nelle aziende ospedaliere, o, viceversa, di includerli all'interno del finanziamento di cui al punto 3, qualora fossero considerate strutture di offerta territoriale.

La Commissione sottolinea peraltro che il finanziamento su base DRG non significa affatto che **i trattamenti che hanno costi che superano la tariffa di rimborso non debbano essere effettuati** o debbano essere comunque disincentivati, ma costituisce un sistema per definire le entrate che, nel loro complesso, devono essere in grado di coprire i costi.

Infatti, come accade per molte imprese private, una parte delle tariffe dei DRG possono essere superiori ai costi sostenuti per l'assistenza contribuendo in ciò a consentire le prestazioni e i servizi che hanno tariffe DRG inferiori ai costi.

Solo un'erronea interpretazione del sistema DRG ha portato fino ad oggi a scelte basate sul principio di diretta correlazione tra singolo DRG e costo della specifica prestazione, andando contro ad uno dei principi fondamentali del management e del modello aziendale secondo cui l'insieme dei ricavi finanzia l'insieme dei costi.

Tuttavia, partendo dall'evidenza che distorsioni di questo tipo hanno caratterizzato l'esperienza dei DRG **si può proporre in via sperimentale per alcune aziende ospedaliere un sistema** articolato nei seguenti termini:

1. **Definizione di obiettivi assistenziali** coerenti con la funzione della specifica azienda ospedaliera **corredati di indicatori** di appropriatezza, efficacia (**outcome**), qualità dei servizi (**output**), efficienza, produttività, generazione di valore per il paziente, rapporto benefici-costi, in rapporto ai quali è negoziato (con la Regione o con l'azienda-AIS) il budget annuale;
2. **Verifica a consuntivo** che gli obiettivi siano stati raggiunti con il rispetto del budget;

3. **Utilizzo dei DRG non come sistema di finanziamento ma come sistema di misurazione dell'output che consente di confrontare aziende ospedaliere** che a parità di budget hanno una produzione più o meno elevata.

Utilizzando la **logica sperimentale dei CREG**, se tale modalità di finanziamento si dimostrasse più efficace nel governo del rapporto benefici-costi e nella spesa complessiva del sistema, esso potrebbe essere gradualmente esteso con il metodo della sperimentazione attiva, progressiva, diffusiva.

Per il **finanziamento degli investimenti** nelle strutture occorre sottolineare che:

1. l'ottenimento delle risorse dipende **dall'interruzione del circolo vizioso tra mancanza di fondi per gli investimenti in strutture** idonee e **impossibilità di riorganizzazione** con conseguente grave spreco per inefficienza nella gestione (con prestazioni di bassa qualità) dovuto a strutture vecchie e inadatte, gravemente e inutilmente dispendiose e a organizzazione arcaica;
2. è quindi necessario interrompere questo circolo vizioso **attivando un circolo virtuoso**;
3. in assenza di fondi statali e regionali è **necessario e opportuno ricorrere a finanziamenti privati** (che sono disponibili) per realizzare nuove strutture.
4. ciò **consentirebbe di ottenere risparmi di gestione** con una stima di **pay back period** (periodo di recupero dell'investimento) di **4-5 anni**, conveniente sia per le aziende ospedaliere pubbliche, che potrebbero alzare gli standard qualitativi dei servizi, sia per gli investitori privati che giudicherebbero conveniente un *pay back period* così limitato garantendo anche un più elevato livello qualitativo dell'assistenza.

I nuovi investimenti, quindi, se usati in modo appropriato, consentirebbero di **conseguire grandi risparmi (con prestazioni di buona qualità) nella gestione** (affitto, pulizie, riscaldamento, manutenzioni ecc., ma soprattutto per il recupero di efficienza dei processi integrati di cura, con riduzione ad es. della degenza media e conseguente riduzione del numero di letti).

Tra le altre **forme innovative di finanziamento degli investimenti** si segnala la formula del **contratto di disponibilità** contemplato nella legge DL N. 1 del 24.01.12 all'art. 44 che prevede la realizzazione dell'immobile e degli impianti a totale carico di investitori (ad es. Fondi immobiliari etici) e loro locazione a lungo termine alle AO. Tali soluzioni possono rispondere in modo ottimale alle esigenze, purché siano definite regole chiare e trasparenti che tutelino i contraenti (in particolare la parte pubblica) e le operazioni siano valutate da organismi di cui fanno parte persone con elevata competenza professionale.

Sarà comunque opportuno **costituire un'apposita task force** in grado di **valutare l'onerosità e la distribuzione dei rischi** collegate a forme di PPP (Public Private Partnership) di tipo finanziario.

9. LA GESTIONE DEL CAMBIAMENTO

Per la concreta attuazione delle proposte contenute nel presente documento e in altri approvati o che saranno predisposti dalla Commissione, è costituita presso la Regione Lombardia una “cabina di regia” cui sono attribuite funzioni di verificare la fattibilità scientifica, tecnica, organizzativa ed economica dei vari interventi e azioni, secondo la logica della sperimentazione attiva, progressiva e diffusiva. Alla cabina di regia sono demandate altresì le funzioni di monitoraggio dell’attuazione con riferimento soprattutto ai profili di legalità, trasparenza, contrasto della corruzione e di fenomeni illeciti.