

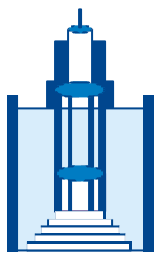
**ASL AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI VARESE**  
**Via O. Rossi, 9 – 21100 VARESE**

## **Documento di sintesi**

# **“PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI”**

*(D.G.R. n. VIII/8501 DEL 26/11/2008)*

**Anno 2009**



**ASL AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI VARESE**  
**Via O. Rossi, 9 – 21100 VARESE**

# **PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO DEI SERVIZI SANITARI**

**Anno 2009**

## INTRODUZIONE

Il processo di auditing avviato negli scorsi anni dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL) trae origine dalla consapevolezza di dover operare in un contesto provinciale caratterizzato da un assetto policentrico e da una crescente differenziazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Il documento di auditing, lungi dal rappresentare un mero esercizio descrittivo dei punti di forza, delle criticità e delle potenzialità inesprese del sistema sanitario e socio sanitario provinciale, andava a configurarsi come una agenda di lavoro e tracciava l'asse di progressione su cui modulare le politiche di sviluppo locale.

Le determinazioni e gli obiettivi regionali in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2009, consentono di esprimere una continuità con il processo avviato, legittimandolo e conferendo maggior concretezza all'iniziativa.

Gli indirizzi regionali, attraverso un nuovo e innovativo approccio culturale, teorico e pratico, affidano all'ASL una particolare responsabilità sociale nel sistema di tutela della salute, potenziando soprattutto le aree della Clinical Governance, del controllo delle prestazioni e della prevenzione primaria.

L'esperienza maturata in questi anni di governo della sanità provinciale evidenzia come la costruzione di un patto solidale tra tutti gli attori di sistema non possa che transitare da una reale valorizzazione del territorio e delle sue dinamiche collettive.

L'ambito provinciale tende sempre più a configurarsi come punto di coagulo di un sistema a vitalità diffusa, un possibile spazio dove realizzare significativi nodi nelle molteplici e sovrapposte reti di soggetti e poteri in grado di alimentare un profilo intermedio di scelte e opzioni di sviluppo in sintonia con il livello di governance regionale.

L'esito della consultazione e della conseguente negoziazione, che l'ASL condurrà con gli erogatori pubblici e privati e tutti gli attori di sistema, dovrà sancire un modello di welfare che faccia perno su forme di localismo solidale.

In coerenza con il processo devolutivo, sarà necessario individuare gli strumenti per dare senso logico e sintassi al policentrismo dei soggetti istituzionalmente coinvolti, evitando la deriva verso forme di protagonismo del tutto autoreferenziali, favorendo una precisa imputazione di responsabilità e l'assunzione di comportamenti meno indistinti e conflittuali.

Un puzzle che può trovare ricomposizione solo a livello territoriale, su un terreno geograficamente limitato, nel quale sia possibile costruire un reticolo di collaborazioni tra tutti i soggetti interessati e che, pur nella consapevolezza del fisiologico squilibrio della priorità dei diversi interessi, sappia privilegiare, in primo luogo, quelli dei cittadini e dei pazienti.

In buona sostanza oggi come non mai diviene essenziale "fare sistema", pur nella distinzione delle funzioni, poiché il contesto sanitario attuale, a fronte di risorse limitate e della peculiarità dei trend socio demografici, impone una logica coalizionale e rinnovate – nei contenuti e nelle finalità – dinamiche concertative.

L'ASL sarà sempre più impegnata a fornire il software richiesto per una lettura più adeguata della specificità della rete dei servizi provinciali, focalizzandosi su funzioni di programmazione, negoziazione e acquisto di prestazioni sanitarie e socio sanitarie a favore dei cittadini residenti, controllo e monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza.

Il nuovo ruolo conferito all'ASL dagli indirizzi regionali è in sintonia con il modello emergente nei paesi OCSE, laddove è presente la figura chiave dell' "acquirente collettivo", dotato di potere contrattuale, che negozia per conto degli assistiti, è più informato dei singoli consumatori ed è in grado di acquistare pacchetti di prestazioni costo – efficaci.

L'applicazione di già sperimentati strumenti di programmazione e gestione delle risorse a livello territoriale – budget di distretto, banca dati assistiti – integrata con il processo di pianificazione zonale avviata dagli enti locali, punta a migliorare sia l'efficienza tecnica che quella allocativa rendendo il sistema più rispondente alle esigenze dei cittadini.

Il modello della concorrenza "atomistica", ancorché regolata, tra una molteplicità di produttori (erogatori pubblici e privati contrattualizzati, specialisti, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, strutture socio sanitarie, etc...) dovrà essere superato da quello delle "reti" tra fornitori, con un forte ritorno all'integrazione e ad una valorizzazione dei processi di continuità assistenziale.

Vengono confermati gli obiettivi specifici, già individuati per la precedente fase di negoziazione, che seguono questa traiettoria di sviluppo del sistema e la sostengono:

- tendenziale riequilibrio del profilo di offerta tra l'area settentrionale e sud orientale della provincia attraverso la riqualificazione della rete assistenziale
- riduzione delle liste di attesa, sia per quanto attiene i ricoveri che le prestazioni specialistiche ambulatoriali
- potenziamento del circuito emergenza – urgenza
- perfezionamento della rete dell'offerta in ambito oncologico e cardiologico
- riduzione della mobilità passiva per alcune cause di ricovero
- miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni

Gli obiettivi sopra indicati verranno ulteriormente qualificati, all'interno dei contratti di corresponsabilità con gli erogatori, attraverso la dettagliata e puntuale definizione della tipologia dei ricoveri, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e la relativa quantificazione dei volumi compatibili per ciascuna struttura, in coerenza con la strategia di sistema.

Le linee programmatiche stabilite dal PSSR 2007-2009 indicano ancora più fortemente il percorso di concreta attuazione della Welfare Community. Il modello del welfare lombardo, articolato e ricco di risposte ai bisogni del cittadino, necessita per la sua piena funzionalità l'integrazione dei tre diversi momenti: sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale. In tale direzione il passaggio da un sistema di welfare dei diritti a quello di welfare delle responsabilità implica un dialogo ed una partecipazione dei diversi corpi della società. I momenti fino ad ora realizzati di integrazione e di programmazione partecipata confermano il ruolo che la A.S.L. deve continuare a svolgere, quale sensore e recettore dei bisogni del territorio e di facilitatore delle diverse fasi di attuazione nella direzione della sussidiarietà verticale ed orizzontale.

La sussidiarietà, cardine fondamentale del welfare di comunità, riconosce nel lavoro svolto dalla Direzione Sociale dell' A.S.L. un volano per lo sviluppo della stessa, individuando la partecipazione e la integrazione quali momenti essenziali del percorso.

## IL QUADRO DEL SISTEMA PER L'ANNO 2009

Il ruolo di committenza assegnato dalla L.R. n. 31/97 viene confermato dalla deliberazione di Giunta Regionale Regole di Sistema 2009. In relazione ai contenuti del "Patto sulla Salute" sono rese disponibili risorse il cui accesso è condizionato al rispetto perentorio di diversi adempimenti previsti dalla Legge n. 311/2004 oltre che dalle Leggi Finanziarie che si sono susseguite.

Per l'anno 2009, l'ASL deve predisporre, unitamente al bilancio di previsione, il Documento di "Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari", nel quale devono essere indicate le politiche adottate dall'ASL in campo ospedaliero, ambulatoriale, dei servizi territoriali, dei servizi socio-sanitari e le correlate risorse disponibili.

Nell'ambito delle risorse utilizzate dal Servizio Sanitario Regionale per soddisfare i bisogni sanitari dei cittadini, che ammontano per l'anno 2009 complessivamente a 16.050 milioni di euro (a fronte dei 15.772 milioni di euro del 2008), sono individuati i finanziamenti per i diversi tipi di assistenza, declinabili, in termini percentuali come segue:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro: incidenza programmata 5,5%
- assistenza distrettuale: incidenza programmata 51%
- assistenza ospedaliera: incidenza programmata 43,5%

All'ASL della Provincia di Varese è stato riconosciuto un finanziamento di parte corrente basato sui costi standard territoriali di Euro 975.616 milioni.

L'ASL deve predisporre il bilancio di previsione sulla base delle regole di sistema, avendo come obiettivo l'equilibrio economico-finanziario e di sistema pubblico/privato, attraverso un'equa distribuzione delle risorse assegnate, utilizzando gli strumenti della negoziazione e della contrattualizzazione con gli erogatori pubblici e privati, entro il 31 /01/2009.

Nella redazione del bilancio, in materia di costi, l'ASL dovrà porre particolare attenzione all'acquisto delle prestazioni sanitarie (consumi di ricoveri, specialistica, farmaceutica e doppio canale, file F, protesica, psichiatria, neuropsichiatria infantile, screening) e socio-sanitarie, tutto ciò previa valutazione dei consumi dei propri cittadini e in linea con quanto disposto dalla DGR n. VIII/8501 del 26/11/2008, al fine del mantenimento e/o dello sviluppo dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Nella tabella sotto riportata si indicano le principali voci di costo riferite all'area dell'acquisto delle prestazioni di servizi sanitari, relativamente al preconsuntivo 2008 e al previsionale 2009 alla luce delle indicazioni contenute nelle Regole di Sistema al fine della predisposizione del Bilancio preventivo.

TIPOLOGIA	2008	2009
	preconsuntivo	previsionale
DRG da pubblico e privato	425.339.000	435.178.000
Specialistica Ambulatoriale	142.507.000	152.478.000
Psichiatria	22.616.000	23.177.000
Neuropsichiatria infantile	6.220.000	6.203.000
Farmaceutica ter.le (comprensiva d.c.)	166.284.000	163.949.000
File F	37.096.000	39.502.000
Ass. Int. Protesica e dietetica	19.929.000	19.929.000
Area Fragilità (anziani e disabili)	71.133.307	
Area Famiglia (assistenza domiciliare e consultori familiari accreditati)	9.499.717	
Area Dipendenze	3.006.053	
Area Riabilitativa	13.182.473	

In un sistema così delineato, le ASL rivestono maggiore autonomia nella fase di negoziazione, utilizzando le leve della contrattazione prevista dalle regole di sistema.

E' evidente, però, che il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario a livello provinciale è elemento fondamentale per concorrere a mantenere l'equilibrio di gestione del servizio sanitario regionale e nazionale. Quindi la programmazione delle attività e delle azioni contenute nel documento è comunque vincolata alle risorse disponibili, alla destinazione delle stesse, in coerenza con il bilancio aziendale di previsione per il 2009. In particolare proseguirà il coinvolgimento dei Comuni, che saranno contemporaneamente responsabilizzati in relazione anche alle risorse concretamente disponibili fatta salva la possibilità di intervenire tramite risorse proprie.

Sul piano della contrattazione, per quanto attiene alle attività di ricovero e cura, l'attribuzione delle risorse è subordinata alle valutazioni inerenti l'appropriatezza riscontrata nel corso delle attività di controllo effettuate nel 2008 e dalla capacità stessa dell'erogatore di garantire il massimo livello di appropriatezza di erogazione nel 2009. La valorizzazione delle attività di ricovero e cura viene calcolata sulla base del contratto 2008 incrementato del 1,2% al netto delle prestazioni extrabudget, a cui viene aggiunta una quota pari al 30% in presenza di un'extraproduzione riferita ai pazienti lombardi.

Per le attività di specialistica ambulatoriale le ASL hanno a disposizione 2 punti percentuali di finanziamento per l'attuazione di specifici progetti finalizzati a risolvere squilibri domanda-offerta e criticità sulle liste di attesa. E' prevista la possibilità di erogare ulteriori prestazioni oltre il 97% del budget con l'applicazione della regressione tariffaria. Per le attività ambulatoriali il finanziamento per ogni struttura viene calcolato sulla base del finanziato 2008 e portato al 95%.

## Area organizzazione e personale

La programmazione delle assunzioni nel 2009, una volta completate le procedure di assunzione relative al Piano 2008, si rivolgerà prioritariamente, nel rispetto dei limiti del fabbisogno di personale definiti dalla GR., alle assunzioni con contratto a tempo indeterminato riservando ai contratti a tempo determinato, per lo più, gli incarichi interinali nelle more dell'espletamento delle procedure concorsuali ed i rapporti da instaurarsi per le finalità del Piano integrato di prevenzione.

La programmazione terrà conto in particolare delle esigenze connesse alle attività proprie della mission aziendale e dell'adeguamento ad indicatori regionali di efficienza, efficacia ed economicità.

Le consulenze e gli incarichi di collaborazione coordinata e continuativa dovranno scontare un'ulteriore riduzione ed essere limitate alle fattispecie per le quali non è possibile prescindere da detta tipologia di incarichi, quali ad esempio quelle legali relative a costituzioni in giudizio e quelle legate alle attività consultoriali ove necessariamente occorre disporre di specialisti ginecologi.

Tali azioni consentiranno di contenere e razionalizzare la spesa del personale, al cui rispetto l'ASL di Varese si atterrà anche nella definizione delle politiche retributive che si muoveranno nella direzione, per altro già da tempo intrapresa, di legare la retribuzione ad obiettivi concreti e misurabili, con esclusione quindi di automatismi, valorizzando in tale contesto anche il contributo che ciascun operatore fornisce alla organizzazione, contributo individuabile per mezzo del sistema di valutazione del personale che da parecchi anni è strutturato e sviluppato nell'ASL di Varese. Attraverso il sistema di valutazione sono rilevati anche elementi di criticità e conseguentemente definiti piani di miglioramento, realizzabili anche avvalendosi di un adeguato e mirato Piano Formativo Aziendale. Relativamente al profilo organizzativo l'ASL di Varese è da anni strutturata attraverso un'organizzazione dipartimentale che andrà ulteriormente sviluppata onde favorire spazi ed opportunità di integrazione ed efficacia ancora possibili. A tale scopo verrà ulteriormente responsabilizzata e conseguentemente valorizzata sotto ogni profilo la figura del Direttore di Dipartimento.

Per ciò che concerne il fattore delle risorse umane si proseguirà nella logica fin qui perseguita di rispetto dei tempi e di correttezza dei dati dei flussi informativi con particolare attenzione a quelli di competenza regionale.

## Codice Etico-comportamentale

Il Decreto Legislativo 231/2001 ha introdotto la responsabilità amministrativa in sede penale degli enti per determinati reati commessi nell'interesse o a vantaggio degli stessi.

Pur non essendo il suddetto decreto applicabile alle Aziende Sanitarie Pubbliche la Regione ha voluto mutarne il contenuto per arrivare alla definizione di un Codice Etico Comportamentale per la prevenzione degli eventi illeciti, e soprattutto a garanzia della miglior organizzazione e trasparenza dell'operato dell'Azienda.

Le linee guida regionali per l'adozione del Codice Etico e dei modelli di organizzazione e controllo delle aziende sanitarie pubbliche sono state approvate con DGR n. VIII/3776 del 13 dicembre 2006 "Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2007".

L'Azienda Sanitaria Locale di Varese ha adottato il Codice Etico-comportamentale nel rispetto delle Linee Guida Regionali e costituito il Comitato di Valutazione con il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli e curare il loro raggiungimento, ossia la stessa funzione prevista dal Decreto Legislativo per l'organismo di vigilanza.

L'attività è proseguita nell'anno 2008 ai sensi della DGR n. VIII/5743 del 31 ottobre 2007 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2008", che nell'ambito di un più ampio obiettivo di collegamento funzionale ed operativo con gli organi di governo, ha dato avvio ad un sistema di monitoraggio dell'applicazione e dell'aggiornamento del Codice quale garanzia di corretto e trasparente funzionamento di un sistema etico implementato.

L'obiettivo è stato in tal senso raggiunto attraverso la predisposizione di adeguati sistemi di monitoraggio delle attività dell'Azienda e quindi di strumenti che agevolino l'aggiornamento e l'operatività del Codice Etico-comportamentale.

L'Azienda individua nel Tavolo Tecnico dei Controlli Interni l'elemento di gestione unitaria che attraverso un sistema strutturato ed organico di procedure ed attività, con particolare riferimento alla procedure di Internal Auditing, possa assicurare il costante monitoraggio delle attività soggette a controllo rispetto della normativa nazionale e regionale di riferimento.

## **IL PROGETTO SISS**

Nel corso del 2009 si prevede di completare i processi in corso per arrivare ad un Sistema Informativo Socio-Sanitario integrato per le aziende sanitarie lombarde pubbliche e private accreditate, come sancito dalla l.r. 18/2007 riguardo l'obbligatorietà di adesione e di utilizzo da parte di tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari, di cui la Giunta nel corso del 2008 ha dato ulteriori indicazioni attuative.

Nel corso del 2008 è avvenuta una comunicazione di Ripianificazione degli obiettivi di Integrazione dei processi sulle Anagrafi Assistite, la cui realizzazione doveva effettuarsi nel corso dell'anno.

I tempi di completamento, presso l'ASL, da parte della Regione, dell'Anagrafica Centralizzata BAC integrata attraverso la Piattaforma Regionale all'Anagrafica Centralizzata SISS, e dei relativi "Metodi di Accesso" software da richiamare da parte degli applicativi da integrare, determineranno nel 2009 la realizzazione di tali integrazioni che nello specifico riguarderanno gli applicativi di Vaccinazioni, Consultori e di Screening.

## Obiettivi 2008 da completarsi nel corso dell'anno 2009

Integrazione degli applicativi dichiarati negli obiettivi di mandato datati marzo 2008 riguardanti:

**Vaccinazioni** – è stato definito il sito pilota presso l'ASL di Cremona; successivamente, a seguito dell'esito positivo della Validazione si predisporrà l'attività di distribuzione dell'applicativo Validato nelle altre ASL.

**Protesica** – in attesa di definizione delle attività di completamento e messa in produzione.

**Consultori** – in funzione di una programmazione dettata da Lombardia Informatica in quanto è stata riconosciuta l'adesione alla soluzione regionale.

**Screening** - è stato definito il sito pilota presso l'ASL di Valcamonica-Sebino.

Attuazione e monitoraggio delle attività di prenotazione cittadino/MMG-PDF

Raccolta consenso informato on-line – obiettivo: entro il primo semestre 2009 il 60% e entro la fine del 2009 il 75%

Monitoraggio e percentuale di utilizzo (prescrittività farmaceutica e ambulatoriale)

Monitoraggio attività di rendicontazione delle farmacie e attività annesse alla prenotazione/raccolta del consenso informato.

Coordinamento attività delle EEPA/RSA.

Controllo e coordinamento delle AO per quanto concerne le implementazione dei referti e la popolazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

## **RISK MANAGEMENT**

L'importanza che "l'innovativo approccio delineato dalla Circolare 46/SAN del dicembre 2004" nella gestione del rischio riveste nel Sistema Sanitario della Regione Lombardia è evidenziata dal rilievo dato al "Risk management" dalle "Regole di Gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2009".

Grazie al processo di gestione del rischio, che è basato su una metodologia logica e sistematica che consente, attraverso fasi successive, di identificare, analizzare, valutare, comunicare, eliminare e monitorare i rischi associati a qualsiasi attività o processo, un'Organizzazione può minimizzare le perdite e massimizzare le opportunità e sopra tutto, essere in grado di tutelare i Cittadini Utenti che accedono ai suoi Servizi oltre che il proprio Personale. Questa attenzione al Cittadino Utente, ed al Personale, è in ogni caso, non solo coerente con la *mission* aziendale, ma è anche in sintonia con gli standard di Joint Commission.

Nell'approccio alla gestione del Rischio l'ASL ha dato attuazione non solo a progetti individuati attraverso le Linee Guida della Direzione Generale Sanità della Regione, ma ha adottato iniziative autonome sulla scorta delle proprie specificità.

Di particolare rilievo è stata, e continuerà ad essere, l'azione formativa. Essa si sviluppa su due livelli: il primo, di base, indirizzato al Personale interessato ai progetti che si sviluppano di anno in anno. Il secondo vede coinvolto il Personale che ha già partecipato alla formazione di base ma che necessita di avere a disposizione anche strumenti metodologici di analisi del rischio.

L'ASL della Provincia di Varese nell'implementare il processo di gestione del rischio ha privilegiato, e continuerà a privilegiare, l'approccio "proattivo" utilizzando uno strumento "reattivo" quale l'*incident reporting* o scheda di segnalazione dell'evento avverso evitato. Questa metodologia consente di intercettare quegli errori "latenti" nel sistema che diventano manifesti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere le difese (le barriere del modello di Reason) del sistema stesso.

Per poter utilizzare in modo efficace tale metodologia è necessario superare la resistenza a segnalare situazioni di potenziale rischio attraverso un'azione di sensibilizzazione del Personale fatta a piccoli gruppi, ed erogata direttamente presso le diverse articolazioni aziendali. Tale azione consente di limitare sia il permanere di quella tendenza alla colpevolizzazione dell'Operatore direttamente coinvolto (che in realtà è solamente l'ultimo e più debole anello della catena degli eventi che possono innescare l'errore e conseguentemente il danno potenziale) che il timore dell'Operatore stesso alla segnalazione dell'evento potenzialmente avverso. Un altro strumento sperimentato e da estendere è quello di far di quantificare direttamente agli Operatori interessati i rischi potenziali presenti nei processi che li riguardano con l'uso della metodologia FMEA (pur se semplificata nelle valutazioni numeriche di probabilità, conseguenze e rilevanza dei rischi). E' questo un modo efficace di far acquisire la consapevolezza che il rischio è "gestibile".

## **SISTEMA ACQUISTI**

### **Organizzazione Strutturale della Funzione Acquisti**

La funzione degli acquisti delle Aziende Sanitarie ha una tale importanza economica, che direttamente si riflette sulla spesa e sull'organizzazione aziendale da imporre una costante attenzione all'impianto organizzativo delle strutture aziendali preposte agli acquisti ed ai modelli di interfaccia con tutti gli attori, anche esterni, coinvolti nel processo acquisitivo.

Il Responsabile unico del procedimento (RUP) coincide con il Responsabile unico degli acquisti (le cui competenze sono state delineate nell'allegato3 della deliberazione della Regione Lombardia n. 3776 del 13.12.2006) per il settore forniture, mentre per gli appalti di beni e servizi, la ASL di Varese, attraverso conferimento di ruolo da parte del Responsabile unico degli acquisti, ha individuato RUP diversi quali referenti per l'esecuzione del processo di acquisto e la gestione della fase pre e post-contrattuale. Anche per l'anno 2009 continuerà il processo di revisione/integrazione delle procedure amministrativo-contabili interessate nel processo acquisitivo, seguendo gli indirizzi regionali di cui alla DGR n. 8501 del 26/11/2008.

In particolare si vuole dare rilevanza del fatto che il Servizio Gestione Approvvigionamenti ha ottenuto apposita certificazione di qualità per il processo di acquisto di beni e servizi. Ciò impone procedure omogenee e garantisce un sistema coerente ed efficace.

Per il 2009, si prevedono attività di costante monitoraggio dell'adeguatezza delle procedure in vigore ed il contesto normativo di riferimento, sempre in continua evoluzione.

A tale riguardo, si vuole ricordare che, nonostante non sia stato ancora adottato il regolamento esecutivo ed attuativo del Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture (c.d. codice degli appalti) approvato con il decreto legislativo n. 163 del 12 aprile 2006 (aggiornato con le modifiche introdotte dal [D.L. 12 maggio 2006, n. 173](#), dal [Decreto legislativo 26 gennaio 2007 n. 6](#), dal [Decreto legislativo 31.07.2007 n. 113](#) e dal [Decreto Legislativo 11 settembre 2008, n. 152](#)), l'ASL di Varese ha comunque,

nelle more di emanazione del regolamento di cui sopra, ritenuto di dotarsi di una propria regolamentazione per gli acquisti di beni e servizi e per l'esecuzione di lavori in economia con provvedimento deliberativo n. 489 del 13.8.2008.

### Appalti in forma aggregata

Coerentemente con il costante invito, da parte della Regione Lombardia, ad aderire ovvero a contribuire alla formazione delle aggregazioni strategiche della domanda, anche nel 2009 l'ASL di Varese si impegnerà ad attivare tutte le leve organizzative per il pieno conseguimento di tale obiettivo.

A questo proposito, si ricorda che l'ASL di Varese ha sottoscritto, con delibera n. 332 del 26/3/03, un accordo con le Aziende Sanitarie di Bergamo, Lecco, Como, Milano3 – Monza per acquisto in forma consorziata cui ha successivamente aderito anche l'ASL di Mantova.

Con riferimento alla aggregazione degli acquisti, nel 2008 è stata prassi consolidata procedere, dove possibile, all'acquisto di beni e servizi in forma aggregata.

Si è proceduto all'attivazione delle seguenti gare consorziate con altre ASL:

1. Gara consorziata con le ASL di Como, Lecco, Bergamo, Monza, Sondrio attraverso il conferimento di mandato all'ASL della Provincia di Como per l'espletamento della procedura di gara relative all'affidamento delle forniture di sonde per aspirazione, cannule tracheostomiche, fattore VII e fattore VIII della coagulazione ricombinante;
2. Gara consorziata con le ASL di Como, Lecco, Mantova, Monza, attraverso il conferimento di mandato all'ASL della Provincia di Bergamo per l'espletamento della procedura di gara relative all'affidamento delle forniture di fattore IX della coagulazione ricombinante;
3. Gara consorziata con le ASL di Lecco, Cremona, Mantova, Pavia, Sondrio, attraverso il conferimento di mandato all'ASL della Provincia di Bergamo per l'espletamento della procedura di gara relative all'affidamento delle forniture di vaccino antinfluenzale;
4. Gara consorziata con le ASL di Como, Lecco, Bergamo, Monza, Sondrio attraverso il conferimento di mandato al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Sondrio allo svolgimento di tutte le operazioni necessarie per l'acquisto di un sistema d'identificazione della popolazione canina della Regione Lombardia – biennio 2009/2010” ;
5. Conferimento di delega all'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2 per lo svolgimento di tutte le operazioni finalizzate all'individuazione di fornitori di prodotti farmaceutici appartenenti al PHT (Doppio Canale);
6. Conferimento di mandato al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2 per l'acquisto di farmaci vari;
7. Gara consorziata con le ASL di Como, Lecco, Bergamo, Monza attraverso il conferimento di mandato al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Como per lo svolgimento di tutte le operazioni necessarie per l'acquisto di prodotti dietetici per soggetti cronici;
8. Gara consorziata tra l'ASL di Varese e l' A.O. Varese attraverso il conferimento di mandato al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Varese per lo svolgimento di tutte le operazioni necessarie per l'acquisto di materiale di medicazione vario”;
9. Gara consorziata con le ASL di Como, Lecco, Bergamo, Monza, Mantova attraverso il conferimento di mandato al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bergamo per l'acquisto di microinfusori per insulina e relativi materiali di consumo.

Le iniziative aggregate che saranno intraprese nell'anno 2009, si baseranno, come già in precedenza, sul costante confronto tecnico della domanda in una continua ottica di ottimizzazione di risorse impiegate e qualità delle prestazioni, e su un continuo *benchmarking* che permetta di cogliere le migliori opportunità del mercato.

### Centrale Regionale Acquisti

Nell'anno 2008 l'ASL di Varese ha aderito ad una iniziativa della Centrale Acquisti Regionale, ovvero quella di acquisto del vaccino HPV per la fornitura del vaccino anti *papilloma virus* stipulata da Lombardia Informatica S.p.A., in qualità di Centrale Regionale Acquisti, per gli Enti Sanitari della Regione Lombardia.

Con riferimento a quanto previsto dalla DGR della Regione Lombardia n. 8501 del 26/11/2008 “determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2009”, vista la previsione di calendarizzazione delle procedure che saranno esperite nel 2009, si prevede di aderire a diverse iniziative di sicuro interesse per l'ASL di Varese.

### Consip

Nell'anno 2009 l'ASL di Varese provvederà ad inviare, con cadenza semestrale , relazione sugli eventuali acquisti effettuati tramite convenzioni CONSIP.

### Programmazione degli Acquisti

Nell'anno 2008 si è provveduto ad una costante raccolta informatizzata dei dati relativi a tutte le tipologie di acquisto esperite nell'anno 2008 (sia con acquisto in economia sia con l'espletamento di procedura di gara). Tale database raccoglie tutti i dati di interesse relativi ad ogni singola procedura, dall'importo di aggiudicazione alla scadenza, dal numero del provvedimento adottato al tipo di procedura espletata, dal conto contabile di imputazione di spesa al RUP di riferimento. Detta attività istruttoria, oltre a garantire un puntuale controllo e monitoraggio delle attività espletate/da espletare, rappresenta al tempo stesso il preliminare passo

necessario per la definizione del piano acquisti per l'anno 2009. L'ASL sarà in grado, alla luce di tale ricognizione, di poter sottoporre con dovuto anticipo alla Direzione Aziendale (per il tramite dei Servizi richiedenti) un piano acquisti, che sarà la base di partenza delle attività ordinarie da svolgersi durante l'anno, fatte salve le emergenze non prevedibili. Tale presupposto operativo costituirà anche la base di valutazione e confronto con le altre Aziende Sanitarie per le eventuali comuni iniziative ed aggregazioni.

### **Sistema Regionale Osservatorio Acquisti**

Nell'anno 2008, in applicazione dell'allegato 3 della DGR 5743/2007, si è constatata una profonda rivisitazione ed integrazione degli strumenti informativi del sistema regionale degli Osservatori (Osservatorio acquisti, Osservatorio gare ed Osservatorio regionale prezzi e tecnologie).

La Regione Lombardia dichiara che nell'anno 2009 si porrà l'obiettivo di creare un unico strumento che, semplificando gli adempimenti connessi, consenta alla Direzione Generale Sanità e alle Aziende di colloquiare on line per la raccolta dei dati. Alla luce di tali considerazioni l'ASL di Varese provvederà a definire nuove procedure di interfaccia per la raccolta ed il monitoraggio dei dati onde garantire, come sempre, il rispetto dei debiti informativi.

### **Sviluppo di iniziative tecnologiche: Piattaforma Regionale SINTEL**

La piattaforma elettronica SINTEL è accessibile, allo stato attuale, separatamente per singolo ente e per acquisti sottosoglia. Dopo una iniziale fase di formazione degli operatori aziendali preposti, si è proceduto ad invitare tutti i fornitori della ASL di Varese attivi dall'anno 2005 ad iscriversi e qualificarsi sulla piattaforma. Questo ha consentito sia la realizzazione di un vero e proprio Albo Fornitori on line sempre in continuo aggiornamento, sia alla possibilità per un numero sempre più cospicuo di fornitori di partecipare alle gare on line. Nell'anno 2008 l'ASL di Varese ha concluso, coerentemente con quanto previsto dagli obiettivi regionali, 5 iniziative tramite piattaforma SINTEL come di seguito specificato:

1. Gara per l'acquisto di attrezzature informatiche;
2. Gara per l'acquisto di arredi per ufficio: tipologia sedute;
3. Gara per l'acquisto di arredi per ufficio: tipologia legni;
4. Gara per l'acquisto di arredi per ufficio: tipologia metalli;
5. Gara per l'acquisto di n. 1 Gascromatografo per le esigenze del Laboratorio Chimico.

Nel 2009 l'attività di gestione delle gare on line continuerà alla luce anche delle migliori funzionalità ed operatività, sia per le aziende sanitarie sia per gli operatori economici, che scaturiscono dalla continua implementazione del sistema.

### **Sistema di verifica e monitoraggio**

Nell'ambito della funzione acquisti dell'Azienda, il Responsabile unico degli acquisti ha proceduto alla individuazione di diversi RUP. A tali figure aziendali è specificamente affidato il compito di monitorare i contratti di appalto sia di forniture che di servizi, alla luce di quanto disposto dalle previsioni normative.

Tali attività avvengono, comunque, sotto costante supervisione dal Responsabile unico degli acquisti. Come richiesto dalla DGR della Regione Lombardia n. 8501 del 26/11/2008 "determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2009", si procederà a fornire puntuale relazione semestrale circa le iniziative attivate dalla ASL di Varese.

### **Le azioni delle Aziende Sanitarie Locali**

Con riferimento all'invito rivolto alle Aziende Sanitarie a valutare l'opportunità di una gestione integrata dei magazzini con le altre Aziende Sanitarie/Aziende Ospedaliere, durante l'anno 2008 si è valutata la possibilità di intraprendere azioni di gestione integrata dei magazzini in particolar modo con le Aziende Ospedaliere, vista la loro maggiore vicinanza alla sede della ASL di Varese. Si è pertanto provveduto ad inoltrare apposita richiesta scritta alle AA.OO. di Varese, Busto Arsizio e Gallarate sulla possibilità di una analisi congiunta della questione magazzini e acquisti integrati di materiale sanitario. Nel 2009 si procederà alla raccolta delle risposte pervenute ed alla vera e propria fase operativa del progetto.

## **LINEE DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

Con riferimento alla DGR VIII/8501 concernente le determinazioni per l'esercizio 2009 del servizio sanitario regionale, e in linea con gli indirizzi dell'ultimo PSSR della Lombardia (deliberazione VIII/257) le ASL hanno una funzione di regia sulla programmazione integrata, intesa come confronto e presa in carico delle richieste dei cittadini di soddisfacimento dei vari bisogni sanitari, utilizzando anche attività progettuali mirate a specifici interventi di particolare interesse locale. Particolare attenzione va posta: ai LEA e agli ulteriori livelli regionali, per i quali si auspica un sistema di monitoraggio di indicatori adatti a rilevare eventuali bisogni nella rete locale delle ASL; all'accessibilità delle prestazioni, che da un lato deve sforzarsi anche localmente di fornire un'offerta distribuita equamente nel territorio (e, in un'ottica di rete funzionale dei servizi, deve assicurare l'accesso a prestazioni di alta specialità), mentre dall'altro deve pensare a dare una risposta a quanto emerge sempre di più da recenti studi epidemiologici, secondo cui le classi sociali più svantaggiate utilizzano l'ospedale di più e per patologie più gravi; ai tempi d'attesa che, se da un lato costituiscono un sistema di razionamento implicito, dall'altro necessitano di una risposta alle esigenze del paziente attraverso l'inclusione in percorsi diagnostico-terapeutici che ne esplicitino il livello di gravità e la parallela risposta dell'erogazione delle prestazioni necessarie in tempi adeguati e attraverso il controllo organizzativo delle strutture erogatrici, che sono chiamate a rispondere ai bisogni dei cittadini tanto quanto alle esigenze legate alle linee produttive. Per il 2009 le aree di maggiore attenzione nella strategia programmatica dell'ASL si confermano quelle della *Clinical Governance, dei controlli delle prestazioni e della prevenzione*. La *Clinical Governance* si può attuare tramite una struttura che fa funzionare i processi decisionali attraverso l'interazione dei principali attori coinvolti al fine di promuovere il miglioramento continuo delle prestazioni e che in questa ASL ha

seguito già diversi percorsi d'integrazione (basti pensare al Dipartimento del Governo Clinico istituito nell'ambito delle cure primarie e a diversi gruppi di lavoro inerenti a percorsi dei pazienti oncologici, dei pazienti diabetici, dei pazienti con artrite reumatoide, nonché alle attività sull'utilizzo appropriato dei farmaci ed altri ancora). Un'altra funzione oggi indispensabile è quella della comunicazione, onesta, trasparente e finalizzata ai bisogni dei cittadini, che deve sempre evitare inutili allarmismi senza esimersi dall'affrontare i problemi nella loro gravità scientificamente misurata e misurabile. Ciò tenendo conto del contesto demografico con le sue variazioni in invecchiamento, natalità, immigrazione, e del quadro epidemiologico che è da decenni caratterizzato dalla crescita della prevalenza dei pazienti cronici e dall'utilizzo sempre maggiore di tecnologia diagnostico-terapeutica, spesso ad alto costo.

Il soddisfacimento dei bisogni è opportuno che si focalizzi sulla prevenzione, sulle cure primarie e sulla riabilitazione. La prevenzione, che se anche con maggiori difficoltà non può sfuggire a metodi epidemiologici di valutazione basati sull'evidenza scientifica, deve trovare mezzi e modi per incidere efficacemente sugli stili di vita che preservano maggiormente la salute dei cittadini: si tratta di promuovere delle mode salutari per i cittadini, che come tutte le mode non obbligano il singolo ma possono convincere o trascinare i più. Per le cure primarie, che da anni sono, come in un ritornello, il cuore del sistema sanitario, occorre trovare le risorse e gli incentivi sufficienti per favorire il lavoro in associazione e in sintonia col livello della medicina specialistica; varie indagini condotte in questa ASL indicano il ruolo delle forme associative nel contenere meglio le spese legate all'assistenza sanitaria dei pazienti: in particolare, è risultata una correlazione tra spesa farmaceutica per assistibile pesato e tasso di accesso al pronto soccorso, spesa per specialistica ambulatoriale e anni di convenzione, e inoltre la spesa farmaceutica è statisticamente inferiore se il MMG opera in forma associata. Per la riabilitazione, se da un lato occorre avere un'offerta ospedaliera adeguata a garantire l'autosufficienza nei confronti dei cittadini residenti, dall'altro occorrerà continuare il monitoraggio della qualità delle prestazioni, anche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici. Il percorso iniziato nel 2006 con la negoziazione comprendente una quota finalizzata ai bisogni rilevati dall'ASL, assestatosi nel corso del 2007 e del 2008, va consolidato nei prossimi anni per ottenere dagli erogatori risposte sempre più adeguate alle richieste. Il monitoraggio in corso che ne segue l'andamento, costituisce elemento d'ingresso per le eventuali correzioni utili per il raggiungimento degli obiettivi del 2009. Di pari passo, tutto il sistema dei controlli è rodato ormai da anni in relazione alle indicazioni contenute nella legge regionale 8/2007 e successivi aggiornamenti. Tale direttiva introduce elementi innovativi sia nell'ambito della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sia nell'ambito dell'accreditamento, dell'autorizzazione e della qualità delle strutture sanitarie, e in particolare nell'ambito della prevenzione, prevedendo la redazione di un piano specifico.

Tra gli interventi prioritari che questa ASL s'impegna a seguire, si elencano senz'altro la promozione della salute nell'età evolutiva, la promozione degli stili di vita atti a prevenire alcune patologie, la prevenzione di malattie ad ampio impatto sociale (diabete, obesità, malattie respiratorie etc.), la prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita, la salute mentale. Tra i progetti innovativi, infine, particolare attenzione sarà rivolta ai network di patologia, la politica del farmaco (sempre più mirata a migliorare l'appropriatezza prescrittiva) e l'ospedale di comunità (con la ricerca di soluzioni per favorire le cure intermedie e il trattamento di pazienti che necessitano di terapia con elevato impegno tecnologico ma che hanno comprovate condizioni familiari inadeguate all'assistenza). La programmazione sanitaria si realizza attraverso l'indicazione di linee di indirizzo del Servizio Sanitario, la ricerca delle risorse necessarie, la verifica delle azioni che garantiscono la salute dei cittadini e la promozione della qualità delle prestazioni nei suoi due elementi costitutivi, che sono l'efficienza e l'efficacia.

La programmazione sanitaria è strettamente legata all'epidemiologia, che può svolgere due funzioni essenziali per la programmazione: l'analisi e la valutazione dei bisogni sanitari e l'analisi e la valutazione dei servizi sanitari. Queste due funzioni, enunciate in altri termini, sono praticamente il frutto dell'incontro della domanda di prestazioni (laddove esprima realmente i bisogni di salute) con l'offerta delle stesse da parte delle Strutture erogatrici. In realtà, quando si analizzano i consumi di prestazioni, si è di fronte ad un misto di bisogni di salute veri espressi in domanda e di risposte ai bisogni da parte dell'offerta, che non sempre è strutturata nella maniera più consona per soddisfarli.

Di seguito sono elencati in modo sintetico i principali ambiti di applicazione di linee programmatiche d'intervento nell'ASL della Provincia di Varese.

### Piano Salute Mentale

Nell'anno 2009 saranno da attuare le linee di indirizzo definite nell'allegato alla DGR VIII/008501 del 26/11/2008, "Sviluppo e innovazione in psichiatria: linee di indirizzo regionali per il triennio 2009-2011", con particolare riferimento agli obiettivi di seguito illustrati. Sarà da sviluppare la funzione di integrazione dell'Organismo di Salute Mentale della Psichiatria e della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, integrazione indispensabile per l'efficace attuazione delle indicazioni del Piano di salute mentale sulla psichiatria di comunità, favorendo raccordi e collaborazioni tra servizi sanitari e sociali, pubblici e del privato accreditato; i tavoli distrettuali dell'O.d.C. dovranno anche favorire, all'interno della programmazione nell'ambito dei piani di zona per il prossimo triennio, risposte ai bisogni dell'abitare, di inserimento lavorativo, di assistenza ai soggetti con fragilità psichiche.

Occorrerà inoltre operare perché i Dipartimenti di Salute Mentale identifichino percorsi territoriali di cura, coerenti con i diversi bisogni dei soggetti affetti da disturbi psichici (consulenza, assunzione in cura e presa in carico), sviluppando il lavoro di rete, migliorando i collegamenti tra le diverse strutture dipartimentali, sviluppando i programmi innovativi già attuati negli anni precedenti in aree strategiche e relativamente a patologie e bisogni emergenti (disturbi di personalità, autori di reato, doppie diagnosi).

Riguardo alla residenzialità, dopo la riclassificazione della rete d'offerta e la redazione di un piano di "residenzialità leggera nell'ASL di Varese" avvenuta nel 2008, sarà necessario: monitorare attentamente l'appropriatezza dei percorsi individualizzati, verificandone la durata e gli esiti; valutare nel tempo l'adeguatezza del sistema così riclassificato; avviare alcune esperienze di residenzialità leggera in alcuni ambiti territoriali e mettere a regime ordinario le residenzialità in corso, già avviate come programmi innovativi.

La scelta metodologica di programmi di innovazione operata nel triennio precedente dalla DGS della Regione Lombardia nell'ambito della salute mentale, ed in particolare per le attività di tipo territoriale, ha dato esiti positivi in termini qualitativi e quantitativi; per questo il metodo della progettualità sarà da sviluppare nell'ambito territoriale dell'ASL ed sarà sostenuto da specifico finanziamento regionale.

Particolare attenzione dovrà inoltre essere data alla Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, sia per le sue importanti funzioni preventive sia per il miglioramento della rete d'offerta per la cura dei minori.: l'Organismo di Coordinamento dovrà fornire alla ASL elementi utili a definire linee strategiche di sviluppo e riorganizzazione del sistema di servizi, valutando le aree prioritarie di intervento e i bisogni emergenti. Anche in questo ambito potranno essere valutati specifici progetti finalizzati allo sviluppo di interventi coordinati tra più servizi di NPIA sul territorio e di percorsi diagnostico-terapeutici integrati.

### Riabilitazione

Un altro nodo centrale è quello della riabilitazione. L'aumento della popolazione anziana e l'accumularsi di patologie croniche con esiti funzionali necessitano di adeguate risorse sia per quanto riguarda l'accertata carenza di posti letto, sia nell'ambito della riabilitazione ambulatoriale - che costituisce una modalità vantaggiosa d'erogazione - nei pazienti cronici, di cui vanno però valutati bene i risultati in termini di salute fisica e psichica. L'ASL, sulla base di valutazioni di appropriatezza, di considerazioni epidemiologiche e nel rispetto dei requisiti di accreditamento, ha dato nel corso del 2007 attuazione a quanto previsto dalla DGR n. VII/19883 del 16.12.2004 "Riordino della rete delle attività di riabilitazione" e succ. provvedimenti, sia nell'ambito della riabilitazione specialistica che in quella generale e geriatria e di mantenimento. Dai dati derivanti dalla Banca Dati Assistiti risulta che nell'ASL si contano circa 3.700 pazienti con malattie cardiovascolari in più in un anno: è opportuno dunque porre particolare attenzione alla riabilitazione dei pazienti con infarto acuto del miocardio, con insufficienza cardiaca e con ictus cerebrale. Pertanto si ritiene utile in prospettiva rafforzare l'offerta di riabilitazione specialistica in questi settori, pur mantenendo in debito conto le necessità derivanti da richieste di riabilitazione geriatrica e di mantenimento. I dati 2008 mostrano come solo il 77% dei posti letti riabilitativi a contratto sono utilizzati (con carenza nella struttura pubblica), e le riabilitazioni propriamente cardiologiche e neuromotorie sono presenti, rispettivamente, in soli 3 e 5 presidi ospedalieri. Per quanto attiene all'area della riabilitazione specialistica ambulatoriale l'ASL ha già condiviso con le strutture erogatrici pubbliche e private accreditate un Protocollo sperimentale.

### Risorse. Livelli Essenziali d'Assistenza. Banca Dati Assistiti

Riguardo alle risorse, è utile orientarle dove crescono i bisogni di salute in base ai dati disponibili di prevalenza e di carico assistenziale. Una particolare attenzione va posta al quadro dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Anche se alcuni scostamenti dai valori di riferimento regionali o nazionali possono descrivere peculiarità delle condizioni sanitarie della provincia di Varese, la lettura di indicatori di monitoraggio dei LEA non può costituire solo un interessante esercizio interpretativo, ma deve essere migliorato nella direzione di uno strumento fortemente indicativo delle decisioni politiche sanitarie. Sarà utile la costruzione del bilancio in base alle principali voci dei LEA; si intende, inoltre, adottare un set di indicatori di monitoraggio dei LEA come sezione strategica di un cruscotto direzionale. Alcune prestazioni oggi riconducibili ai LEA vanno inoltre rivalutate, alla luce di considerazioni epidemiologiche, in particolare dei criteri emergenti dalla cosiddetta medicina basata sulle prove di efficacia. Uno strumento di notevole interesse per la descrizione dei carichi assistenziali è dato dalla Banca Dati Assistiti (BDA). La BDA (vedi paragrafo specifico) fornisce preziose indicazioni circa i trend dei bisogni assistenziali, fortemente influenzati dall'invecchiamento della popolazione e dall'accumularsi di patologie croniche; in particolare, sia la prevalenza sia la spesa sanitaria crescono quasi esclusivamente per l'aumento dei pazienti cronici, mentre sono stabili sia il numero dei pazienti acuti sia la spesa ad essi ascrivibile.

### Prevenzione

Una particolare attenzione merita il livello della prevenzione e dell'assistenza territoriale. Riguardo alla prevenzione, occorre che si sfrutti del tutto il 5,5% delle risorse del fondo sanitario, anche in considerazione dei mutamenti in atto in questo campo. Le risorse serviranno all'attuazione di quanto tracciato nel Piano Nazionale e Regionale sulla Prevenzione, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi specifici previsti attraverso azioni di promozione della salute e di prevenzione delle malattie sempre più ispirate a criteri di evidenza scientifica. Il potenziamento delle attività di prevenzione sarà orientato sempre più verso la medicina preventiva nelle comunità, attraverso screening oncologici, controllo di malattie croniche come il diabete e controllo delle malattie infettive. La prevenzione non si è ancora realizzata appieno nella medicina preventiva, da un lato svolgendo funzioni di controllo e di polizia sanitaria, dall'altro sconfinando in obblighi medico-legali a volte di dubbia efficacia e, nelle migliori delle ipotesi, limitandosi al ruolo di medicina predittiva. Va ancora pienamente esplorata la funzione di misurazione dei rischi di salute della popolazione e vanno sperimentati percorsi di interventi di sicura efficacia che non siano limitati all'esempio delle vaccinazioni e che rafforzino stili di vita benefici per la salute.

Un'elevata attenzione va posta alla tutela dei lavoratori e alla sicurezza nei luoghi di lavoro dando piena attuazione alla D.g.r. 2 aprile 2008 n. 8/6918 "Piano regionale 2008-2010 per la promozione della sicurezza e salute negli ambienti di lavoro" e recependo le novità introdotte dal D.Lgs. 81/2008. Gli obiettivi del piano verranno realizzati anche valorizzando la massima integrazione possibile con tutti i soggetti del sistema (INAIL, DPL, VVdel F, Università, UOOML, forze sociali e sindacali ...).

Con la Legge Regionale n. 8/2007 e la DGR VIII/4799/07 sono stati introdotti elementi fortemente innovativi per quanto attiene le attività di controllo sempre più orientate alla valutazione del rischio connesso alle attività svolte. Parte integrante del Documento di Programmazione 2009 è il "Piano integrato per le attività di promozione della salute, prevenzione e controllo". L'analisi della situazione territoriale, del contesto demografico, sanitario ed epidemiologico, dei dati in materia di insediamenti produttivi, la presenza di specifiche aree di rischio connesse ai fattori prima richiamati, ha portato la Direzione Generale a stabilire alcuni obiettivi prioritari in termini di promozione della salute, prevenzione e tutela della salute della popolazione generale, nei luoghi di lavoro così come negli ambiti di vita extralavorativa, di prevenzione e tutela dei danni ambientali, delle malattie trasmesse con gli alimenti, del benessere e della salute degli animali.

Gli obiettivi prioritari individuati, che verranno perseguiti in modo unitario dai diversi Dipartimenti afferenti all'ASL della Provincia di Varese, ciascuno secondo le proprie specifiche competenze tecniche, riguardano:

- la promozione di sani stili di vita attraverso l'attuazione di interventi di provata efficacia

- la prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili nella popolazione attraverso il raggiungimento di adeguate coperture vaccinali e la sorveglianza epidemiologica, la profilassi e il controllo delle malattie infettive
- la prevenzione delle patologie neoplastiche con screening, migliorando i programmi di screening del carcinoma della mammella e del carcinoma del colon-retto e implementando lo screening spontaneo del carcinoma della cervice uterina
- gli interventi presso il sedime aeroportuale di Malpensa continuando gli incontri con USMAF e PIF
- la promozione di azioni da parte dei soggetti interessati alla prevenzione e il contenimento delle infezioni ospedaliere
- ▲ la prevenzione degli infortuni sui luoghi di lavoro e delle malattie professionali, con particolare riguardo ad alcuni settori considerati ad alto rischio di infortunio (edilizia, agricoltura, metalmeccanica, trasporti ...) e ad alcune problematiche trasversali a più settori (tumori professionali, stress e lavoro, patologie da sovraccarico biomeccanico)
- ▲ la sicurezza alimentare tenuto conto delle nuove abitudini come il consumo di pesce e latte crudo
- ▲ la sorveglianza sull'importazione di alimenti e animali da Paesi extra CEE
- la prevenzione e la tutela della salute negli ambienti di vita, dei consumatori, degli animali e dell'igiene urbana veterinaria attraverso l'introduzione di metodologie di lavoro per la definizione delle priorità d'intervento in funzione del livello di rischio e della razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse
- la prevenzione della diffusione di malattie infettive degli animali da reddito attraverso l'intensificazione dei controlli negli allevamenti, nei trasporti e negli impianti di macellazione con particolare attenzione alle zoonosi emergenti

Il traguardo della piena integrazione dei Dipartimenti sarà perseguito nel corso di validità del piano triennale e il progressivo miglioramento dei flussi informativi tra i dipartimenti dell'ASL e tra questa e l'ARPA e le AA.OO. Con ARPA in particolare si concorderanno azioni comuni per meglio intervenire sugli aspetti derivanti dal rapporto ambiente e salute. Il territorio della Provincia verrà monitorato nel corso del triennio e comporterà una crescente efficacia delle azioni di prevenzione. Non solo, la disponibilità di dati epidemiologici più affidabili permetterà di indirizzare gli obiettivi definiti nell'ambito delle prossime programmazioni verso le aree di maggiore bisogno e di misurare i miglioramenti in maniera documentabile. Il perseguimento degli obiettivi di una migliore efficacia ed efficienza degli interventi nel campo della prevenzione, potrà ragionevolmente portare anche alla necessità di investire sulla formazione del personale dei Dipartimenti coinvolti anche attraverso formazioni mirate e certificate. Questo salvaguardando le professionalità e le competenze acquisite, ma con l'obiettivo, come detto sopra, di garantire una maggiore integrazione delle stesse.

### Assistenza Territoriale, Cure Primarie e Medicina Generale

Altro livello di assistenza con tendenza alla crescita è quello territoriale, con rafforzamento della funzione distrettuale. Il caposaldo concettuale di questa tendenza è la limitazione dell'assistenza ospedaliera ai trattamenti di patologie acute o di riabilitazione del paziente con grave disabilità nella fase post-acuzie, privilegiando il trattamento del paziente cronico in regime ambulatoriale e domiciliare. Per questi livelli organizzativi di erogazione delle prestazioni gioca un ruolo importante la medicina generale, che necessita sicuramente di investimenti in grado di trasformare la figura del medico di famiglia da professionista solitario della salute a medico delle cure primarie che presta la sua professionalità in un team che opera all'interno della rete distrettuale. L'area delle cure primarie, in coerenza con il Piano Sanitario Regionale 2007-2009 e con l'Accordo di Sistema in attuazione dell'ACN, dovrà potenziare i tre aspetti: una migliore e più efficace presa in carico del paziente, anche attraverso la definizione di PDTA, il consolidamento dell'utilizzo della carta CRSS/SISS e modelli evoluti e/o integrati di associazionismo, che tendano, in prospettiva, anche al coinvolgimento della specialistica di primo livello. Andranno, inoltre, sviluppati percorsi condivisi tra ASL, Erogatori e Medicina territoriale per un uso appropriato dei farmaci in patologie croniche ad alto costo e per l'implementazione dell'utilizzo dei farmaci equivalenti.

L'offerta territoriale è costituita, oggi, dalla presenza di **597** Medici di Medicina Generale, **117** Pediatri di Libera Scelta e **128** Medici di Continuità Assistenziale e, per quanto riguarda le Farmacie, da **171** Farmacie Private, **36** Farmacie Pubbliche, **21** Dispensari Farmaceutici e **20** Parafarmacie.

Gli obiettivi che si intendono perseguire nel corso del 2009 si possono così riassumere:

- Promozione di PDT condivisi per un uso appropriato di farmaci in patologie croniche ad alto costo
- Diffusione dei farmaci non coperti da brevetto, reiterando le azioni atte a promuoverne la prescrizione da parte dei MMG con particolare riguardo ad alcuni ATC
- Piena adesione al Progetto di collegamento CRS/SISS
- Proseguimento dei Progetti già in corso (Diabete Mellito, Rischio Cardiocerebrovascolare, Ospedale-Territorio).

### Appropriatezza

Una menzione particolare va fatta per l'appropriatezza delle prestazioni, **per le quali continuerà il controllo dell'adeguatezza delle cure in ambito di ricovero per acuti (appropriatezza organizzativa) in aree selezionate e secondo indicatori regionali nonché in ambito di assistenza riabilitativa e sulle prescrizioni di prestazioni specialistiche secondo LEA e Regole SSR per il 2009.**

Di interesse da parte dell'ASL sono i consumi di prestazioni soprattutto di alto costo, che devono seguire determinati percorsi diagnostico-terapeutici: la loro richiesta deve far parte, nella stragrande maggioranza di casi, di precisi sospetti diagnostici, onde evitare esami costosi e interventi medici inutili o di dubbia utilità. In questo campo non basta la proliferazione di linee-guida, se non contengono strumenti di misurazione, criteri di controllo, valutazione dei risultati e loro divulgazione nell'ottica della trasparenza e del miglioramento continuo, preferibilmente "tra pari". Le valutazioni di appropriatezza devono pesare nelle politiche d'acquisto delle prestazioni. Oltre che nell'ambito delle prestazioni diagnostico-terapeutiche, i controlli di appropriatezza sono importanti nell'ambito della prevenzione, in particolare nel comparto sanità già citato. Un maggiore impulso va fornito ai percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) riguardanti quelle patologie che hanno un maggiore peso sociale, come emerge dall'epidemiologia e dalla stessa BDA. Oltre il proseguimento del monitoraggio dei PDT già sottoscritti (diabete, sindrome delle apnee notturne, obesità infantile, accessibilità all'area della diagnostica per immagini e all'area cardiocerebrovascolare) si propone, di affrontare PDT per pazienti

affetti dalle seguenti malattie: tumore maligno della mammella, del polmone e del colon-retto, scompenso cardiocircolatorio, artrosi dell'anca, artrite reumatoide; inoltre, saranno monitorati i PDT che richiedono prestazioni di medicina fisica e RRF, alla luce delle indicazioni regionali sui LEA. Il monitoraggio dei PDT verrà inserito all'interno dell'attività negoziale e della relativa contrattualistica. Sarà attuato un metodo di controllo per una verifica dei PDT dei pazienti cronici, secondo i criteri e gli indicatori che la Regione, in collaborazione con le ASL, fornirà, come annunciato nelle Regole 2009, entro il 31.12.2008.

## IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

Il forte legame tra programmazione sanitaria e analisi epidemiologica è motivato dal fatto che il metodo epidemiologico è quello che meglio sostiene la descrizione dei bisogni di salute, che vanno dalla prevenzione dei fattori di rischio al trattamento delle patologie e alla riduzione delle complicazioni tramite interventi riabilitativi. Di seguito si riportano sinteticamente alcuni dati epidemiologici di contesto dell'ASL della Provincia di Varese, nonché quelli derivanti dal profilo di carico assistenziale della Banca Dati Assistiti e dalla valutazione dei livelli essenziali di assistenza.

### Dati epidemiologici e Consumi di prestazioni

Da diversi anni questa ASL rileva i bisogni di salute attraverso alcuni dati epidemiologici, in particolare i dati demografici, i dati di mortalità, i dati di morbosità ospedaliera e i consumi di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, oltre ai consumi di farmaci.

Dai dati demografici del 2007, secondo quanto comunicato dalle anagrafi dei 141 comuni della provincia, risultano 420.238 maschi (48,7%) e 442.965 femmine (51,3%) per un totale di 863.203; al 31.12.2007 la popolazione assistita era pari a 858.543. La popolazione residente nell'ASL ha un indice di invecchiamento del 20,3%; per il Censimento 2001 è stato 18,2, pari a quello regionale (18,2) e inferiore a quello nazionale (18,7). I Distretti che affrontano il maggior peso dell'invecchiamento sono quelli di Busto Arsizio, Varese e Sesto Calende.

Da dati storici degli anni '90, la mortalità per malattie cardiocircolatorie, pur con valori simili a quelli nazionali, risulta tra le più elevate in Lombardia, dopo quella delle province a sud di Milano.

Nell'anno 2007, dal calcolo dei rapporti standardizzati di mortalità (SMR) si rileva che la mortalità totale è significativamente più elevata nei Distretti di Cittiglio e Luino mentre i Distretti di Busto Arsizio e Gallarate presentano una mortalità significativamente più bassa. Tutti gli altri Distretti presentano valori di mortalità che non differiscono in maniera statisticamente significativa dalla mortalità aziendale. La mortalità per tumori non mostra variazioni significative in nessun Distretto. La mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio mostra un eccesso significativo nei Distretti di Cittiglio, Luino e Sesto Calende, mentre una diminuzione significativa si riscontra nel Distretto di Saronno.

Le patologie per cui sono più elevati gli anni di vita persi sono i tumori, le malattie cardiovascolari e le patologie traumatiche, per le quali particolare attenzione meritano gli interventi ad esse rivolti.

Il tasso di ricovero relativo alla degenza ordinaria standardizzata nel 2007 era di 138,0 x 1000 ab., più basso di quello regionale dello stesso anno, pari a 145,9 x 1000 ab. Il tasso di ospedalizzazione nel corso degli anni è diminuito con una richiesta di ricoveri ordinari decrescente, per un maggiore utilizzo del regime di day hospital. Nonostante la tendenza alla diminuzione, alcuni tipi di ricovero, dovuti a patologie maggiormente presenti nella popolazione anziana, aumentano come ad esempio quelli per ictus e per intervento di protesi d'anca. Il tasso di ospedalizzazione grezzo totale (ordinario+DH) nel 2007 è stato pari a 179,2 x 1.000 se si considerano anche i ricoveri fuori regione, 173,1 x 1.000 se si considerano solo i ricoveri in Lombardia.

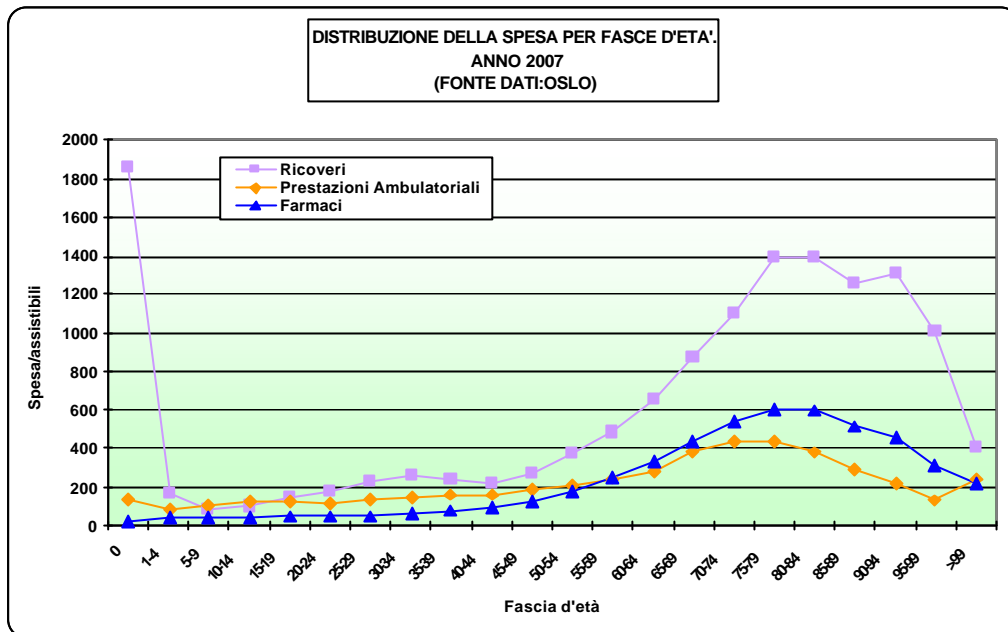
Nel 2007, dei 154.656 ricoveri richiesti da residenti dell'ASL, il 79,0% è stato erogato presso strutture con sede nella provincia, il 3,4% fuori regione e il restante 17,6% nelle altre ASL lombarde. Di questo 17,6% le cinque strutture con oltre 1000 ricoveri sono state: l'Ospedale di Legnano (4214 ricoveri), la Fondazione Policlinico Mangiagalli Regina Elena di Milano (1653 ricoveri), l'Ist. Humanitas di Rozzano (1240 ricoveri), l'Ospedale Niguarda di Milano (1147 ricoveri) e il Centro Ortopedico Fisioterapico di Lanzo Intelvi (1105 ricoveri). Da un'analisi storica condotta per discipline, risulta che sono maggiormente soggetti a migrazione fuori dall'ASL pazienti con patologie oncologiche, ortopediche, oculistiche. In un'analisi condotta nel 2007 sulle prestazioni di alta specialità, è emersa una particolare carenza di cardiocirurgia, neurochirurgia e chirurgia toracica (rispettivamente il 52%, il 43% e il 38% di tali prestazioni vengono soddisfatte da strutture fuori provincia).

La mortalità intraospedaliera è un indicatore sanitario che da un lato si riduce con la tempestività delle cure e dall'altro aumenta in funzione della gravità della patologia. Fermo restando che in questa sede i dati derivano da quanto registrato nel tracciato SDO, la mortalità intraospedaliera tende ad aumentare passando, ad esempio tra i residenti ricoverati in provincia, da 29 x 1.000 nel 2005 a 31,7 x 1.000 nel 2007.

Il consumo intraprovinciale di ricoveri riabilitativi è aumentato nel triennio 2005-07: tra i ricoveri richiesti dai residenti in strutture provinciali si registra un aumento complessivo tra il 2005 e il 2007 pari al 14,1%.

Nel 2007 nella Provincia di Varese sono state erogate ai cittadini residenti circa 13.300.000 prestazioni specialistiche ambulatoriali con una spesa lorda complessiva di oltre 179.200.000 € registrando rispetto all'anno precedente una lieve diminuzione del volume ma un incremento della spesa, risultati rispettivamente nel 2006 13.501.235 e 157.517.364 €. Il 92% delle prestazioni consumate dai nostri residenti sono state erogate da strutture all'interno della Provincia. Sul versante della produzione, l'85% delle prestazioni che vengono erogate dalle strutture provinciali riguarda cittadini residenti nell'ASL. Da rilevare che le prestazioni specialistiche erogate in provincia derivano per il 31% da strutture private accreditate e per il 69% da strutture pubbliche.

Nel 2007, l'andamento del costo pro-capite delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e dei farmaci (pezzi) per assistibile indica che le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono più frequenti intorno ai 75 anni, anticipando di circa 5 anni il picco dei ricoveri.



## LA BANCA DATI ASSISTITI

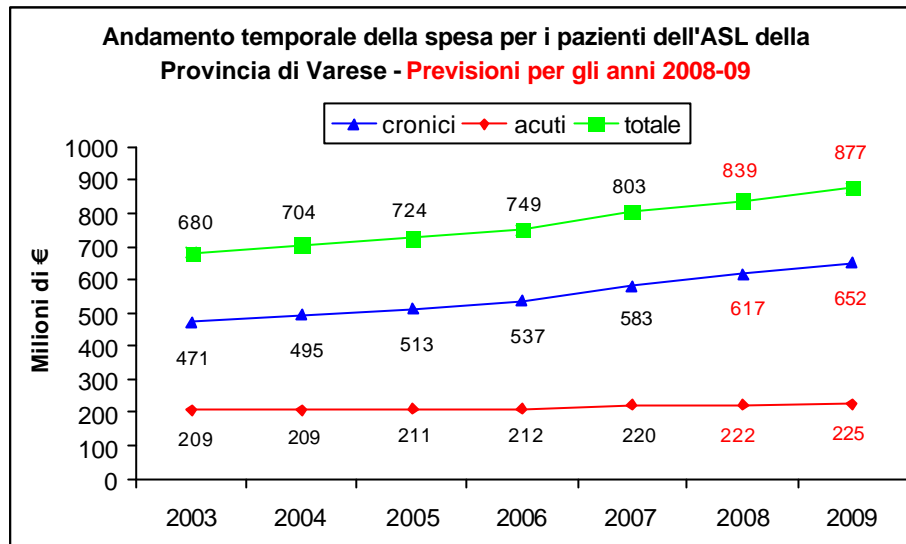
Nell'estate 2003, la Regione Lombardia ha istituito dei gruppi di lavoro tecnici finalizzati alla costruzione della Banca Dati Assistiti (BDA), ossia di uno strumento che permettesse, da un lato, la definizione di tipologie di pazienti e, dall'altro, la determinazione dei costi affrontati per queste categorie di assistiti, con l'evidente vantaggio di poter ragionare, anche in termini di budget, non solo sulle macroaree di spesa ma anche sulle patologie e sui bisogni di salute ad esse correlati.

Dal 2003 al 2007 si è aggravato il carico assistenziale del sistema sanitario provinciale con particolare riferimento ai pazienti cronici. *Annualmente* si rileva infatti che:

- ad un aumento degli assistibili inclusi nella BDA (+1%), corrisponde in realtà un aumento del 4,3% dei pazienti cronici, identificati nelle prime 12 categorie;
- la spesa totale è aumentata del 4,5%, ma varia di poco nei pazienti acuti (+1,3%) mentre aumenta del 6% nei cronici;
- tra i pazienti cronici, si registra un aumento annuale di circa 2.000 pazienti neoplastici. Altri aumenti degni di nota si osservano tra i cardiopatici (+3.695) e i diabetici (+1.252), mentre un approfondimento meriterebbe la crescita percentuale di trapiantati (+9,8%) e pazienti con insufficienza renale (+16,9%), che insieme rappresentano appena lo 0,31% della popolazione (2.700 pazienti), ma che richiedono circa il 5% della spesa. Da segnalare anche l'aumento percentuale dei soggetti con patologie autoimmuni (+37,5%);
- analoghe considerazioni si possono fare sulla spesa, in particolare le maggiori variazioni percentuali si riscontrano tra i pazienti autoimmuni (+32,1%), i pazienti neoplastici (+8,9%), i trapiantati (+8,6%) e gli affetti da insufficienza renale (+7,9%), tutte categorie in cui la spesa supera abbondantemente l'incremento medio del 6% registrato per i pazienti cronici. L'unico gruppo di pazienti cronici per cui si osserva una riduzione della spesa totale è quello dei neuropatici. Se si considera la spesa *pro capite*, gli aumenti percentuali maggiori tra il 2007 e il 2006 si sono registrati tra i pazienti neuropatici (+10%), i deceduti (+8,1%), i pazienti autoimmuni (+5,7%), i diabetici (+5,6); la spesa *pro capite* è diminuita per i soggetti con insufficienza renale (-1,8%).

In un'ottica di programmazione sanitaria, se si considera la BDA come uno strumento, per quanto perfezionabile, utile per la proiezione nel 2008 e nel 2009 del carico assistenziale (prevalenza) e della relativa spesa, si deve riconoscere che i trend previsti per il futuro possono essere così sintetizzati:

- un aumento annuo della spesa *pro capite* del 3,4%, percentuale inferiore all'aumento della spesa totale a causa anche dell'aumento degli assistibili inclusi nella BDA;
- un aumento annuo della spesa pro capite per i pazienti cronici di 33,67 €
- un aumento dei pazienti cronici tale da passare da 236.277 del 2007 a 244.923 nel 2008 e, per il 2009, da prevedersi in circa 253.570;
- un aumento della spesa per i pazienti cronici tale da passare da 583.486.296 € del 2007 a 616.814.185 € nel 2008 e a 651.927.753 € nel 2009;
- un incremento di spesa complessiva per tutti gli assistiti (riferibile alle voci di spesa considerate) prevedibile in 36.061.122 € tra il 2007 e il 2008 e in 37.836.249 € tra il 2008 e il 2009, tenuto conto che l'aumento di spesa per i pazienti con patologie acute si può stimare in circa 2.727.597 € l'anno.



La BDA conferma come l'aumento dei pazienti e della spesa sanitaria riguardi soprattutto le patologie croniche, mentre i pazienti acuti e la loro spesa sanitaria appaiono sostanzialmente costanti.

#### **LE PRESTAZIONI FARMACEUTICHE ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA I SEMESTRE 2008 Dati complessivi ASL**

Considerando la *prescrizione di farmaci in SSN distribuiti dalle farmacie del territorio aziendale* (fonte: Santer Reply S.p.A. – Farmavision), nel I semestre 2008 la spesa farmaceutica (83.652.404 €) aumenta dell'1,1% rispetto al I semestre 2007. L'incremento proporzionalmente maggiore per i volumi (+7% in DDD) è indicativo di un crescente impiego di farmaci a minor costo, in particolare di equivalenti. Tra le 14 classi ATC al I livello, si confermano ai primi 4 posti per spesa cardiovascolari (37,2% della spesa totale), gastrointestinali (12,7%), farmaci del sistema nervoso (10,2%), antimicrobici (8,3%; insieme ai respiratori). Il 63% delle DDD prescritte è dovuto a cardiovascolari (51,2%) e gastrointestinali (11,7%).

Rispetto al I semestre 2007, 7 classi riducono la spesa, tra cui cardiovascolari (-2,8%), gastrointestinali (-3,4%), antimicrobici (-3,7%); tra le 7 classi con aumento della spesa, si segnala in particolare quello per farmaci del sistema nervoso (+12,6%), respiratori (+4%), emopoietici (+5,3%), muscolo-scheletrici (+6,3%).

Le classi con spesa aumentata devono tale andamento alla maggiore prescrizione; tuttavia, tranne che per antineoplastici-immunomodulatori (in diminuzione sia per spesa che per volumi, per aumento della distribuzione diretta), anche le classi con spesa ridotta registrano un incremento delle DDD, ad indicare l'impiego maggiore di farmaci meno costosi.

La prescrizione di equivalenti raggiunge il 42,2% delle DDD totali di farmaci, valore inferiore al dato regionale (differenza assoluta di -2,3%) ma in costante aumento nei 6 mesi (da 37,8% di gennaio a 43,3% di giugno). I cardiovascolari sono gli equivalenti più prescritti (60,1% delle DDD totali); seguono: gastrointestinali (14%), muscolo-scheletrici (6,2%), farmaci del sistema nervoso (6%). Le classi con maggiore prescrizione di equivalenti al loro interno sono: antimicrobici (70,7% delle DDD della classe), muscolo-scheletrici (62,9%), gastrointestinali (50,3%), cardiovascolari (49,5%); ciò riflette la maggiore disponibilità sul mercato di equivalenti tra queste classi. Un'analisi sulle prime 3 classi per prescrizione di equivalenti evidenzia un incremento delle DDD tra il I semestre 2008 ed il I semestre 2007, rispettivamente di: +87,8% per cardiovascolari, +41,3% per gastrointestinali, +27,6% per muscolo-scheletrici. Questo aumento è correlabile al maggiore uso di prodotti cui è scaduto recentemente il brevetto (ad esempio: simvastatina, doxazosin, amlodipina, ramipril; lansoprazolo e omeprazolo; acido alendronico).

Si conferma l'esistenza di una disomogenea prescrizione a livello distrettuale. Per spesa farmaceutica procapite, 5 distretti superano il valore medio di ASL (75,7 €): Cittiglio, Gallarate, Luino, Saronno, Varese. La spesa distrettuale è compresa tra 68 € (Azzate) e 81,5 € (Varese). Rispetto al dato aziendale, 5 Distretti hanno un numero di DDD procapite superiore (Arcisate, Cittiglio, Luino, Saronno, Varese).

Dal confronto tra I semestre 2008 e I semestre 2007 emerge che mentre in tutti i Distretti aumenta il numero delle DDD procapite, solo in 5 incrementa anche la spesa procapite (Azzate, Gallarate, Luino, Sesto Calende, Somma Lombardo); questo andamento può essere indicativo negli altri 7 Distretti dell'impiego preferenziale di farmaci a minor costo. I Distretti con spesa procapite più elevata rispetto alla ASL nel maggior numero di classi ATC sono: Varese (11 classi), Saronno (10), Cittiglio e Luino (9), Gallarate e Arcisate (6). Le maggiori criticità si confermano nei seguenti casi: cardiovascolari a Saronno (+12,3% dalla media ASL), gastrointestinali a Cittiglio (+21,7%), farmaci del sistema nervoso a Gallarate e Tradate (+7,7% e +8%), antimicrobici a Luino e Saronno (+14,9% e +10,7%), respiratori a Gallarate, Luino e Arcisate (+12,7%, +15,4% e +15,7%), emopoietici a Varese (+17,6%). In generale, le classi critiche per spesa individuate nei Distretti presentano anche maggiori volumi di prescrizione.

Come negli anni precedenti, si conferma una variabilità prescrittiva distrettuale di farmaci equivalenti, che, espressa in % di DDD sul totale, nel I semestre 2008 risulta compresa tra 39,3% (Luino) e 45,3% (Busto Arsizio). Rispetto al valore di ASL, la prescrizione è maggiore in 5 Distretti (Busto Arsizio, Saronno, Castellanza, Tradate, Azzate) e minore in 7; Busto Arsizio supera anche il valore regionale. In tutti i Distretti si registra un incremento progressivo dell'incidenza degli equivalenti sulla prescrizione totale.

Come rilevato negli anni precedenti, la prescrizione di equivalenti per classe terapeutica varia nei Distretti. In particolare, l'incidenza % delle DDD di equivalenti (sul totale delle DDD) nelle principali classi risulta compresa tra: 63,2% (Luino) e 74,8% (Busto Arsizio) per gli antimicrobici generali; 59,9% (Luino) e 65,5% (Sesto Calende) per i muscolo-scheletrici; 45,3% (Somma Lombardo) e 54% (Busto Arsizio) per i cardiovascolari; 46,9% (Somma Lombardo) e 56,3% (Arcisate) per i gastrointestinali; 39,9% (Cittiglio) e 51,9% (Castellanza) per i farmaci del sistema nervoso. Si segnala che il Distretto di Busto Arsizio e Sesto Calende presentano il valore % di DDD sul totale della classe più alto in ASL per 4 classi.

In generale, nei primi 6 mesi del 2008 il limitato aumento della spesa farmaceutica registrato in ASL a fronte di un incremento proporzionalmente maggiore dei volumi di prescrizione risulta indicativo di un maggiore impiego di farmaci a prezzi inferiori, in particolare di prodotti equivalenti (anche a seguito delle azioni intraprese per la loro promozione, come l'aggiornamento del *Prontuario alle Dimissioni dei farmaci equivalenti dispensati dal SSN* condiviso con le AA.OO). Inoltre, nel periodo 2007-I semestre 2008 hanno trovato ulteriore sviluppo diverse iniziative specifiche sul governo del comportamento prescrittivo, in linea con quelle adottate negli ultimi anni (monitoraggio della prescrizione e feed-back informativo specifico ai MMG e PLS, azioni formative sul 'governo della spesa farmaceutica' nei Distretti). La disomogeneità distrettuale nella prescrizione di farmaci (come indicatori generali, classi ATC, uso di equivalenti) continua a rappresentare un elemento di potenziale criticità, da sottoporre a continuo monitoraggio anche ai fini dell'adozione di specifiche azioni di 'razionalizzazione'.

### Osservazioni sintetiche derivanti dall'analisi per distretti

L'analisi per distretti dei principali dati epidemiologici disponibili fornisce in sintesi alcune indicazioni per la programmazione.

La popolazione è cresciuta in generale, tranne che nel distretto di Varese. E' opportuno tener conto dell'indice d'invecchiamento nel consumo di risorse sanitarie, ricordando che i distretti più vecchi, nell'ultimo quadriennio, sono risultati quelli di Busto Arsizio, Varese, Sesto Calende e Cittiglio.

La mortalità risulta praticamente stabile, e le oscillazioni dei tassi appaiono influenzate in particolare dalle condizioni climatiche. L'impatto della mortalità è in genere maggiore nei Distretti in cui la popolazione è più vecchia.

Il consumo complessivo di ricoveri in 11 anni (1997-2007) è diminuito ubiquitariamente. I tassi di ospedalizzazione restano storicamente più elevati nei distretti meridionali, dove l'offerta di strutture sanitarie è più articolata.

Considerando la mobilità extraregionale per ricoveri, i distretti con più elevato tasso, ossia maggiore fuga verso altre regioni (soprattutto il Piemonte), risultano quelli di Sesto Calende, Somma Lombardo e Gallarate.

Il consumo complessivo di prestazioni specialistiche aumenta dal 2004 al 2006 del 2,4%. Il consumo è ridotto nel distretto di Castellanza, Somma Lombardo e, soprattutto, nel distretto di Sesto Calende, mentre risulta elevato nei distretti di Varese e Arcisate.

Il numero di casi incidenti di tumore nel decennio 1992-2001 cresce del 22,5% tra le femmine e del 30,3% tra i maschi.

La prevalenza di pazienti cronici è maggiore nei distretti settentrionali. A Cittiglio si registrano più diabetici, a Varese più pazienti neoplastici, a Saronno più pazienti cardiopatici. L'utilizzo di queste informazioni si ritiene utile per la distribuzione più mirata delle risorse; in particolare, la rete d'offerta va valutata ed eventualmente rafforzata in aree dove il carico di cronicità e l'invecchiamento della popolazione è superiore alla media aziendale come quelle di Cittiglio e Sesto Calende: quest'ultima è un'area dove storicamente è bassa l'offerta di prestazioni specialistiche, e dove un'alta mortalità per malattie cardiovascolari, unitamente all'alta prevalenza di cardiopatici, contrasta con un basso tasso di ricovero per soggetti con scompenso cardiaco; pertanto risulta indicato anche un rafforzamento della rete d'emergenza-urgenza. In una recente analisi della mortalità extraospedaliera per infarto del miocardio, tra il 1998 e il 2007, si rileva un eccesso di decessi tra i residenti dei Distretti di Sesto Calende, Somma Lombardo e Gallarate che suggerisce l'opportunità di rivedere gli effetti della misurazione del rischio cardiovascolare, il miglioramento dei processi diagnostici (anche di morte) e terapeutici, nonché l'ottimizzazione del trasporto in ospedale.

## **LA RETE DI OFFERTA A CONTRATTO**

### La rete

La **RETE DI OFFERTA DI PRESTAZIONI SANITARIE ACCREDITATE A CONTRATTO** nella provincia è composta da:

- Aziende Ospedaliere Pubbliche (AA.OO. Varese, Busto A. e Gallarate)
- Ospedali, Case di Cura, IRCCS (Mater Domini, Multimedita, Fond. Maugeri)
- rete della riabilitazione (ricovero) (14 presidi di cui 8 pubblici e 6 privati)
- rete delle Comunità Psichiatriche (13 CPA, 4 CPM, 3 CRA, 3 CRM) e NPI private (2)
- (poli)ambulatori – specialistica – diagnostica privati (43) e, territoriali, delle AA.OO. (pubbliche e private, compresi quelli di presidio) (28)

E' importante conoscere la distribuzione nel territorio di queste strutture, quindi della potenzialità di offerta, in modo da correlare questi dati con i bisogni di prestazioni e il dato storico delle prestazioni effettivamente erogate, così da aggiornare le linee di sviluppo e/o contenimento.

La relazione, al fine di essere facilmente fruibile, contiene una serie di informazioni espresse attraverso tabelle, e una rappresentazione grafica del territorio, attraverso figure.

**Quando ci si riferisce all'Area NORD si intende quella dei Distretti Socio Sanitari di Cittiglio, Luino, Arcisate, Varese e 50% di Azzate, per Area CENTRO si intende quella dei Distretti Socio Sanitari di Gallarate, Sesto C., Somma L. e 50% di Azzate, per Area SUD si intende quella dei Distretti Socio Sanitari di Busto A., Castellana, Saronno e Tradate.**

Per quanto riguarda l'evoluzione delle previsioni di dotazione di posti letto secondo il mandato regionale, si specifica quanto segue: sino al 2004 i posti letto in provincia erano 5,5 x 1000 abitanti (acuti: 4 x 1000 ab.; riabilitativi 1,5 x 1000 ab.); entro il 2007, come da PSN e PSSR, sono diventati 4,5 x 1000 abitanti (acuti + riabilitativi); nel 2008 i posti letto in provincia di Varese accreditati sono

4,7 x 1000 abitanti (acuti: 3,7 x 1000 ab.; riabilitativi: 1x 1000 ab.), mentre gli effettivi sono 4,1 x 1000 abitanti (acuti: 3,37 x 1000 ab.; riabilitativi: 0,76 x 1000 ab.).

Come si può notare nella situazione attuale siamo vicini ai posti letto previsti dal Documento di Intesa Stato-Regioni del 23.03.05, con qualche margine di aumento utile (se si considerano i p.l. effettivamente utilizzati) per completare la rete riabilitativa, riequilibrare l'offerta territoriale e possibilmente ridurre la mobilità passiva non riabilitativa. Si noti che, come dettagliato più avanti, i p.l. di riabilitazione realmente operativi sono 0,76 x 1000 invece degli 1 x 1000 accreditati. Si ricorda inoltre l'obiettivo 2008, ai sensi delle "Regole di sistema 2008", che era quello di ottenere un tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e diurni (anche riabilitativi e di lungodegenza post-acuzie) non superiore a 178 x 1000 abitanti residenti. Le "Regole di sistema 2009" non hanno modificato questo obiettivo.

#### Le strutture di ricovero per acuti

La seguente tabella rappresenta la distribuzione dei posti letto per acuti dichiarati effettivi (cioè realmente attivi) nel 2008, confrontata con i dati regionali di accreditamento 2005.



## AZIENDA SANITARIA LOCALE - A.S.L. della Provincia di Varese

### DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI – anno 2009

#### *I posti letto per ACUTI nel 2008*

Totale ASL		dichiarati effettivi 2008		accred. 2005 fonte Regione
	ACUTI	2597		2885
	ACUTI DH o DS	312	(circa 10,7%)	310
	<i>P.L. x 1000 ab.</i>	<i>2907/863=</i>	<i>3,37</i>	
DI CUI:	Area Nord (Luino, Cittiglio, Varese, Arcisate e 50% Azzate)			
	ACUTI	843		
	ACUTI DH o DS	118	(circa 12,3%)	
	<i>P.L. x 1000 ab.</i>	<i>961/314 =</i>	<i>3,06 (3,44 se DH-DS considerati doppi)</i>	
	Area Centro (Gallarate, Sesto C., SommaL. e 50% Azzate)			
	ACUTI	542		
	ACUTI DH o DS	68	(circa 11,1%)	
	<i>P.L. x 1000 ab.</i>	<i>610/262 =</i>	<i>2,33 (2,59 se DH-DS considerati doppi)</i>	
	Area Sud (Castellanza, Saronno, Busto A., Tradate)			
	ACUTI	1212		
	ACUTI DH o DS	126	(circa 9,4%)	
	<i>P.L. x 1000 ab.</i>	<i>1338/287 =</i>	<i>4,66 (5,10 se DH-DS considerati doppi)</i>	



### AZIENDA SANITARIA LOCALE – ASL DELLA PROVINCIA DI VARESE

Da essa si ricava come permane lo **sbilanciamento tra nord, centro e sud della provincia (con sbilanciamento verso SUD, che mostra una eccedenza di posti letto per acuti x 1000 abitanti, e un dato inferiore alla media ASL per il Centro)**. Per ciò che concerne i p.l. DH-DS, percentualmente prevalenti al nord della Provincia, si osserva un incremento di circa il 6% rispetto al 2007 (312 contro 294). **Risulta oggi necessario definire l'assetto accreditato a contratto per il futuro, a breve ma anche almeno a medio termine, in modo da avvicinare il numero di posti letto accreditati a contratto a quelli realmente operanti (pur con modesti margini di possibile incremento in ambiti territoriali e per le prestazioni adeguate ai documentati bisogni di prestazioni).**

## Le strutture di ricovero riabilitative

La tabella che segue rappresenta una sintesi della distribuzione dei posti letto di riabilitazione.

Se suddividiamo i posti letto della riabilitazione nelle Aree Nord, Centro e Sud della provincia, come già fatto per i posti letto per acuti, si ottengono dati che mostrano una distribuzione di letti ACCREDITATI a CONTRATTO sopra il tasso dell'1 x 1000 sia nella zona Nord sia in quella Sud (con **forti carenze al Centro**), mentre per ciò che riguarda i posti letto EFFETTIVAMENTE OPERANTI vi è una sostanziale adeguatezza al Nord, una leggera carenza al Sud, una **assai forte carenza al Centro**.

Da notare inoltre quanto segue:

- non vengono superati i limiti di posti letto previsti dalla Regione con DGR 19883/04 (850 contro gli oltre 1200 di tetto, di cui per la riabilitazione specialistica 653 contro gli oltre 700 di tetto) (calcolo su una popolazione provinciale di circa 863.000 abitanti)
- come indicato nella figura, i **posti letto effettivamente dichiarati operativi**, nel 2008, sono 654 contro gli 850 accreditati a contratto (quindi il 23% in meno). La **carenza è imputabile essenzialmente alle AA. Ospedaliere Pubbliche**.



## AZIENDA SANITARIA LOCALE - A.S.L. della Provincia di Varese

### DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI – anno 2009

### *I posti letto RIABILITATIVI nel 2008*

	Cardio p.l. (DH)	Pneumo p.l. (DH)	Neuro p.l. (DH)	Special p.l. (DH)	Gen. Ger. p.l. (DH)	Mantenim. p.l. (DH)	Tot. Accred.	Tot. Effett.
OSPEDALE DI CUASSO AL M.	19 (2)	27 (2)	69 (5)		29		144	82
OSPEDALE DI LUINO				38			38	20
OSPEDALE DI BUSTO ARSIZIO				20	38		58	20
OSPEDALE DI SARONNO			-	30	14		44	27
OSPEDALE DI TRADATE			-	8	8		16	2
OSPEDALE DI SOMMA L.				62 (12)	20(3)		82	60
OSPEDALE DI GALLARATE		4	8		9		21	8
OSPEDALE DI ANGERA					12		12	0
FONDAZIONE MAUGERI	41 (4)	43 (2)	42	12 (2)			138	138
IST. CLINICO MATER DOMINI				14			14	14
CASA DI CURA S. MARIA	29 (1)		9 (1)	10			48	48
CASA DI CURA LE TERRAZZE				143			143	143
FONDAZIONE BORGHI			25		27	23	75	75
FONDAZIONE MOLINA						17	17	17
<b>TOTALI</b>	<b>82</b>	<b>68</b>	<b>151</b>	<b>337</b>	<b>137</b>	<b>40</b>	<b>850</b>	<b>654</b>

p.l. x 1000 su popol. 2008 =  $850/863 \times 1000 = 0,99$       EFFETTIVI:  $654/863 = 0,76$       i posti letto tra parentesi sono da intendersi "di cui"

Area NORD =  $417/314 \times 1000 = 1,33$       EFFETTIVI:  $337/314 = 1,07$       Area CENTRO =  $115/262 \times 1000 = 0,44$       EFFETTIVI:  $68/262 = 0,26$

Area SUD =  $318/287 \times 1000 = 1,11$       EFFETTIVI:  $249/287 = 0,87$



## AZIENDA SANITARIA LOCALE – ASL DELLA PROVINCIA DI VARESE

## Le Comunità Protette Psichiatriche e le NeuroPsichiatrieInfantili

La tabella seguente rappresenta una sintesi della rete di offerta provinciale per il pubblico e il privato accreditato a contratto. **Si nota una consistente prevalenza nell'Area NORD e una netta carenza nell'Area CENTRO (salvo che per la presenza di uno delle 2 NPI private accreditate).**



## AZIENDA SANITARIA LOCALE - A.S.L. della Provincia di Varese

### DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI – anno 2009

#### COMUNITA' PROTETTE PSICHIATRICHE e NPI

luogo	CUNARDO	GORLA MIN.	LAVENA P.T.	GAVIRATE	GAVIRATE	VENEGONO INF.	VARESE	MORNAGO	MARCHIRO LO	CANTELLO	VARESE	VARESE
posti	20 CPA	20 CPA 20 + 20 CPA	20 CPA (Ginepro) 20 CPM (Ortensie)	10 CPA	9 CRA	20 CPA (S.Martino) 10 CPM (Pineta)	20 CPA	20 CPA	20 CPA	20 CPA (C e T) 10 CPM (V e F)	20 + 20 CPA	13 CPA
						<b>Resid. Psich. a contratto</b>	AREA NORD		AREA CENTRO		AREA SUD	
NOVE	CPM SARONNO A.O. Busto	CPM	CRM	CRM	CRM		n°	posti	n°	posti	n°	posti
luogo	SARONNO	A.O. LUINO	A.O. TRADATE	A.O. VARESE	A.O. LUINO							
posti	10 P.L.	20 P.L.	14 P.L.	15 P.L.	15 P.L.							
						<b>CPA</b>	9,5	173	0,5	10	3	60
						<b>CPM</b>	3	50	0	0	2	20
						<b>CRA</b>	1	9	1	13	1	20
luogo	A.O. SOMMA	A.O. SARONNO				<b>CRM</b>	2	30	0	0	1	14
posti	13 P.L.	20 P.L.										
			<b>CENTRO DIURNO IL SEME (NPI)</b>	Centr. Riab. Semiresid. (Fond. Piatti)(NPI)			15,5	262	1,5	23	7	114
			CARDANO	BESOZZO								

AZIENDA SANITARIA LOCALE - ASL DELLA PROVINCIA DI VARESE

#### Le prestazioni (poli)ambulatoriali, di diagnostica, di primo intervento

Di seguito si riporta una tabella in cui emergono alcuni dati salienti rispetto a tipologie di prestazione di particolare significatività e interesse per i cittadini.

Come si può notare si osserva anzitutto **una equa distribuzione tra aree per ciò che concerne la specialistica ambulatoriale, compresa medicina fisica e riabilitativa** (non diagnostica e non odontoiatrica).

**Le odontoiatrie a contratto sono complessivamente poco rappresentate, e proporzionalmente carenti nell'area sud.**

**I laboratori e punti prelievo sono carenti nell'area centro.**

**La presenza di TAC è proporzionalmente più bassa nell'area nord e in quella centro. Le RMN total body sono scarse nelle aree nord e centro. Si noti inoltre che le uniche due PET sono mobili, presso le AA.OO. di Varese e Busto A.**

Punti di primo intervento – P.S. – DEA – EAS sono complessivamente distribuiti omogeneamente nelle tre aree.

**Vi è una significativa diffusa carenza di "stroke unit" riconosciute come tali negli assetti ospedalieri accreditati. A questo proposito si cercherà di condividere con le AA.OO. un percorso per cui si completi una adeguata rete a livello provinciale.**



**La rete di OFFERTA 2008 di un set significativo di prestazioni a contratto (distribuzione territoriale)**

	area nord	area centro	area sud
<b>poliambulatori</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>15</b>
<b>medicina fisica e riabil.</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<b>odontoiatrie</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
<b>radiodiagnostica</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>laboratori e p.ti prelievo</b>	<b>31</b>	<b>13</b>	<b>30</b>
<b>TAC</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>7</b>
<b>RM total body</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
<b>p.To 1° int./PS/DEA/EAS</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>stroke unit</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>



**Indicatori di offerta.**

Indicatori dell'offerta per prestazioni di ricovero in ambito provinciale sono sintetizzati nelle Tabelle DRG 1 e 2. Dal loro esame si evidenzia che :

- Al nord la maggior parte dei ricoveri avviene a favore di residenti dell'ASL di Varese
- Al sud vi è incremento dei ricoveri a favore di residenti di altre ASL lombarde e per cittadini di altre Regioni
- La maggior quota di degenze per residenti di altre ASL e di altre Regioni avviene principalmente presso Strutture private accreditate
- L'offerta di riabilitazione estensiva (generale-geriatrica e di mantenimento) è presente soltanto nell'area nord dell'ASL
- Una maggiore complessità dei ricoveri (peso medio) riguarda, al nord, l'Azienda Ospedaliera Macchi di Varese; al sud due Strutture private accreditate in Castellanza : I.C. Mater Domini e C.C. S. Maria Multimedicale. Per le Aziende Ospedaliere di Busto A. e Gallarate, non si registrano variazioni significative.
- In ambito di Strutture totalmente riabilitative si segnalano invece per peso medio delle degenze l'Istituto Geriatrico Borghi e l'IRCCS Maugeri di Tradate.

Quelli invece relativi alla specialistica ambulatoriale sono sintetizzati nelle tabelle Area Nord, Area Centro ed Area Sud.

Si descrive un aumento complessivo di circa l'8% nel volume delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2008, rispetto al 2007. Rispetto all'aumento complessivo, si osservano aumenti di volume ben più consistenti per prestazioni laboratoristiche di genetica in particolare: nell'area Nord 29,8%, nell'area Centro 32,5%, per la TAC (nell'area Nord 21,4%), per la RMN (nell'area Nord 34,2%, nell'area Centro 14,8%) e per l'ecografia addome completo (nell'area Nord 10,8%, nell'area Centro 14,7%, nell'area Sud 11,2%). Si rileva a fronte di un aumento delle prestazioni oculistiche (anche per la conversione in regime ambulatoriale degli interventi chirurgici per cataratta), una riduzione consistente dell'esame complessivo dell'occhio riguardante l'area Nord (-4,3%) e soprattutto l'area Centro (-17,5%). Ciò è in linea con le rilevazioni dei tempi d'attesa derivanti dalle indagini mensili di prevalenza. L'asimmetrico incremento della diagnostica per immagini ad alta tecnologia nelle aree del centro-nord indica l'adesione degli erogatori agli indirizzi di negoziazione dell'ASL, finalizzate alla riduzione delle liste d'attesa.

A.S.L. VARESE								
AREA NORD anno 2008§								
Indici di offerta e negoziazione	N.RICOVERI	N.RICOVERI	PESO	N.RICOVERI	per RESIDENTI	per ALTRE ASL	per residenti	per cittadini
	TOTALI	per ACUTI	MEDIO	RIABILIT.*	ASL VARESE	LOMBARDE	FUORI REGIONE	STRANIERI
					%	%	%	%
A. O. Fondaz.MACCHI Varese	53.543	49.014	1,049	4.529	87,50	7,2	4,8	0,5
C.C. LE TERRAZZE Cunardo	1.956	0	0,8707	1956*	88,3	7,97	3,55	0,18
Ist.Geriatico BORGHI Brebbia	910	0	1,0246	910**#	76,4	13,9	9,7	0
Istituto MOLINA Varese	235	0	0,7555	235#	94,4	5,1	0,5	0
# Riabilitazione di mantenimento								
* Riabilitazione Specialistica								
° Riabil.generale-geriatrica								
§dati al 31.10.08 dell'A.O. trasmessi all'ASL con proiezione al 31.12.08								

TAB. 1 DRG

A.S.L. VARESE								
AREA SUD anno 2008§								
Indici di offerta e negoziazione	N.RICOVERI	N.RICOVERI	PESO	N.RICOVERI	per RESIDENTI	per ALTRE ASL	per residenti	per cittadini
	TOTALI	per ACUTI	MEDIO	RIABILIT.*	ASL VARESE	LOMBARDE	FUORI REGIONE	STRANIERI
					%	%	%	%
A. O. Osp.Circolo BUSTO A.	51.858	51.163	0,8743	695*	68,4	28,1	2,7	0,8
A.O. S. Antonio Abate GALLARATE	28.789	26.761	0,7996	2028*	87,9	4,6	6,7	0,8
Ist.Clin.MATER D. Castellanza	8.011	7.691	1,058	320*	55,2	37,4	7,3	0,1
C.C.S.Maria Multimedita H. Castellanza	8.613	7.490	0,9852	1123*	42,1	43,8	13,9	0,2
IRCCS S.MAUGERI Tradate	2.262	0	0,9836	2262*	56,9	37,7	5,4	0
* Riabilitazione Specialistica								
§dati al 31.10.08 dell'A.O. trasmessi all'ASL con proiezione al 31.12.08								

TAB. 2 DRG

**PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE  
CONFRONTO PRESTAZIONI ANNO 2007/2008**

<b>AREA NORD</b>							
BRANCA	GRUPPO	Valori					
		2007 qta	2008 qta_pro	diff qta	2007 val	2008 val_pro	diff val
LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE, MICROBIOLOGIA ETC.	EMOGLOBINA GLICATA	24.767	26.861	2.094	295.470,31	327.433,15	31.962,84
	PRESTAZIONI LABORATORISTICHE DI GENETICA	12.622	16.388	3.766	1.306.838,27	1.861.409,68	554.571,41
	ALTRE PRESTAZ DI LABORATORIO	2.905.898	3.195.395	289.497	12.905.064,98	14.501.096,20	1.596.031,22
<b>LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE, MICROBIOLOGIA ETC. Totale</b>		<b>2.943.287</b>	<b>3.238.644</b>	<b>295.357</b>	<b>14.507.373,56</b>	<b>16.689.939,02</b>	<b>2.182.565,46</b>
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	TAC	25.152	30.526	5.374	2.724.107,88	3.492.520,48	768.412,60
	RMN	13.094	17.569	4.475	2.363.276,42	3.250.879,15	887.602,73
	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	16.674	18.475	1.801	1.171.181,76	1.326.334,61	155.152,85
	ALTRE PRESTAZ DI RADIOLOGIA	182.897	194.440	11.543	5.190.567,90	5.702.052,01	511.484,11
<b>DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA Totale</b>		<b>237.817</b>	<b>261.010</b>	<b>23.193</b>	<b>11.449.133,96</b>	<b>13.771.786,25</b>	<b>2.322.652,29</b>
CARDIOLOGIA	CARDIO (CEREBROVASCOLARE)	74.534	76.597	2.063	2.327.677,66	2.501.630,24	173.952,58
	ALTRE PRESTAZIONI DI CARDIOLOGIA	17.957	18.034	77	668.915,37	729.501,35	60.585,98
<b>CARDIOLOGIA Totale</b>		<b>92.491</b>	<b>94.631</b>	<b>2.140</b>	<b>2.996.593,03</b>	<b>3.231.131,59</b>	<b>234.538,56</b>
OCULISTICA	VISITA COMPLESSIVA OCCHIO	21.541	20.610	-931	495.443,00	484.541,10	-10.901,90
	ALTRE PRESTAZ DI OCULISTICA	16.106	17.670	1.564	523.159,71	791.573,32	268.413,61
<b>OCULISTICA Totale</b>		<b>37.647</b>	<b>38.280</b>	<b>633</b>	<b>1.018.602,71</b>	<b>1.276.114,42</b>	<b>257.511,71</b>
<b>ALTRE BRANCHE</b>		<b>1.190.355</b>	<b>1.227.148</b>	<b>36.793</b>	<b>26.771.328,02</b>	<b>28.968.703,43</b>	<b>2.197.375,41</b>
<b>AREA NORD TOTALE</b>		<b>4.501.597</b>	<b>4.859.712</b>	<b>358.115</b>	<b>56.743.031,28</b>	<b>63.937.674,71</b>	<b>7.194.643,43</b>

Valori al lordo del ticket

<b>AREA CENTRO</b>							
BRANCA	GRUPPO	Valori					
		2007 qta	2008 qta_pro	diff qta	2007 val	2008val_pro	diff val
LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE, MICROBIOLOGIA ETC.	EMOGLOBINA GLICATA	13.263	16.295	3.032	158.227,59	198.633,61	40.406,02
	PRESTAZIONI LABORATORISTICHE DI GENETICA	3.580	4.742	1.162	347.452,28	493.193,86	145.741,58
	ALTRE PRESTAZ DI LABORATORIO	1.728.942	1.904.675	175.733	7.442.343,71	8.394.020,88	951.677,17
<b>LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE, MICROBIOLOGIA ETC. Totale</b>		<b>1.745.785</b>	<b>1.925.712</b>	<b>179.927</b>	<b>7.948.023,58</b>	<b>9.085.848,35</b>	<b>1.137.824,77</b>
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	TAC	5.426	5.632	206	631.319,24	728.275,28	96.956,04
	RMN	2.450	2.813	363	433.443,53	508.723,31	75.279,78
	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	8.589	9.852	1.263	603.291,36	707.275,08	103.983,72
	ALTRE PRESTAZ DI RADIOLOGIA	85.867	84.294	-1.573	2.410.965,54	2.404.550,16	-6.415,38
<b>DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA Totale</b>		<b>102.332</b>	<b>102.590</b>	<b>258</b>	<b>4.079.019,67</b>	<b>4.348.823,83</b>	<b>269.804,16</b>
CARDIOLOGIA	CARDIO (CEREBROVASCOLARE)	38.521	39.698	1.177	1.187.443,50	1.236.220,85	48.777,35
	ALTRE PRESTAZIONI DI CARDIOLOGIA	9.938	10.475	537	392.134,99	423.086,77	30.951,78
<b>CARDIOLOGIA Totale</b>		<b>48.459</b>	<b>50.173</b>	<b>1.714</b>	<b>1.579.578,49</b>	<b>1.659.307,62</b>	<b>79.729,13</b>
OCULISTICA	VISITA COMPLESSIVA OCCHIO	8.780	7.240	-1.540	201.940,00	170.203,00	-31.737,00
	ALTRE PRESTAZ DI OCULISTICA	6.924	7.205	281	172.154,57	210.554,72	38.400,15
<b>OCULISTICA Totale</b>		<b>15.704</b>	<b>14.444</b>	<b>-1.260</b>	<b>374.094,57</b>	<b>380.757,72</b>	<b>6.663,15</b>
<b>ALTRE BRANCHE</b>		<b>738.697</b>	<b>770.890</b>	<b>32.193</b>	<b>13.778.793,79</b>	<b>14.327.005,52</b>	<b>548.211,73</b>
<b>AREA CENTRO TOTALE</b>		<b>2.650.977</b>	<b>2.863.810</b>	<b>212.833</b>	<b>27.759.510,10</b>	<b>29.801.743,04</b>	<b>2.042.232,94</b>

Valori al lordo del ticket

AREA SUD							
BRANCA	GRUPPO	Valori					
		2007 qta	2008 qta_pro	diff qta	2007 val	2008val_pro	diff val
LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE, MICROBIOLOGIA ETC.	EMOGLOBINA GLICATA	29.550	33.469	3.919	352.531,50	407.989,55	55.458,05
	PRESTAZIONI LABORATORISTICHE DI GENETICA	12.840	13.594	754	1.390.131,53	1.564.133,44	174.001,91
	ALTRE PRESTAZ DI LABORATORIO	3.426.338	3.736.092	309.754	15.149.801,12	16.956.013,94	1.806.212,82
<b>LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE, MICROBIOLOGIA ETC. Totale</b>		<b>3.468.728</b>	<b>3.783.155</b>	<b>314.427</b>	<b>16.892.464,15</b>	<b>18.928.136,93</b>	<b>2.035.672,78</b>
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	TAC	25.299	27.731	2.432	3.136.218,09	3.653.936,23	517.718,14
	RMN	16.615	18.022	1.407	3.464.256,73	3.839.384,56	375.127,83
	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	14.563	16.193	1.630	1.022.905,12	1.162.481,11	139.575,99
	ALTRE PRESTAZ DI RADIOLOGIA	191.745	197.851	6.106	5.607.417,36	5.914.439,24	307.021,88
	<b>DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA Totale</b>	<b>248.222</b>	<b>259.796</b>	<b>11.574</b>	<b>13.230.797,30</b>	<b>14.570.241,14</b>	<b>1.339.443,84</b>
CARDIOLOGIA	CARDIO (CEREBRO VASCOLARE)	90.017	95.192	5.175	2.935.656,38	3.213.768,83	278.112,45
	ALTRE PRESTAZIONI DI RADIOLOGIA	21.981	22.188	207	953.752,28	990.823,48	37.071,20
<b>CARDIOLOGIA Totale</b>		<b>111.998</b>	<b>117.380</b>	<b>5.382</b>	<b>3.889.408,66</b>	<b>4.204.592,30</b>	<b>315.183,64</b>
OCULISTICA	VISITA COMPLESSIVA OCCHIO	23.375	23.990	615	537.625,00	564.014,30	26.389,30
	ALTRE PRESTAZ DI OCULISTICA	28.979	35.504	6.525	1.038.151,03	1.488.325,44	450.174,41
<b>OCULISTICA Totale</b>		<b>52.354</b>	<b>59.495</b>	<b>7.141</b>	<b>1.575.776,03</b>	<b>2.052.339,74</b>	<b>476.563,71</b>
<b>ALTRE BRANCHE</b>		<b>1.020.574</b>	<b>1.126.708</b>	<b>106.134</b>	<b>26.413.662,94</b>	<b>28.608.711,83</b>	<b>2.195.048,89</b>
<b>AREA SUD TOTALE</b>		<b>4.901.876</b>	<b>5.346.534</b>	<b>444.658</b>	<b>62.002.109,08</b>	<b>68.364.021,95</b>	<b>6.361.912,87</b>

Valori al lordo del ticket

## I SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE

Riguardo all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito della salute mentale, la DGR VIII/008501 evidenzia che le ASL, le Aziende Ospedaliere lombarde e i soggetti privati accreditati, sono tenuti ad attuare le linee di indirizzo contenute nel documento: "Sviluppo e innovazione in psichiatria linee di indirizzo regionali per il triennio 2009-2001, in attuazione del Piano Socio-Sanitario 2007-2009 e del Piano Regionale di salute mentale".

Le linee fondamentali di tale documento sottolineano l'importanza strategica della psichiatria di comunità e quindi l'ampliamento e lo sviluppo delle attività territoriali dei Dipartimenti di salute mentale, anche attraverso programmi di innovazione che, come nel triennio precedente, fruiranno di un finanziamento aggiuntivo; viene inoltre ribadita la funzione integrativa dell'Organismo di Coordinamento di salute mentale in un'ottica di rete dei servizi; viene prevista per l'anno 2009 la stabilizzazione delle esperienze innovative in tema di residenzialità (Comunità Riabilitative a Media intensità e residenzialità leggera) ed il monitoraggio dei programmi residenziali attuati nelle strutture di nuova classificazione e la loro durata; viene focalizzata l'attenzione sull'impegno al miglioramento dell'assistenza erogata e della qualità dei servizi.

*L'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale in Provincia di Varese.*

L'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale in Provincia di Varese è stato istituito dall'ASL con delibera n. 1325 del 16/12/2004 e dotato di un regolamento in base alla circ. regionale 19/san del 2005, con delibera ASL n.1163 del 3/11/05

Dalla prima seduta di insediamento, avvenuta il 1° marzo 2005 l'O.d.C.S.M. si è riunito con frequenza trimestrale; inoltre sono stati attivati tavoli tecnici su specifiche tematiche: la residenzialità, le problematiche socio-assistenziali, le attività dei Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende Ospedaliere.

L'O.d.C. rappresenta pertanto uno strumento utile a rendere sempre più fattivo ed efficace il coordinamento tra le istituzioni che svolgono funzioni differenti ma che richiedono alta integrazione e sinergia per affrontare le complesse problematiche della psichiatria.

Per l'anno 2009, tra le indicazioni delle linee di indirizzo, saranno prioritarie le seguenti azioni:

- 1) Continuare nell'azione di integrazione tra le attività dei servizi sanitari e sociali, con riferimento anche ai tavoli di coordinamento di area distrettuale, anche in vista della nuova programmazione dei piani di zona per il prossimo triennio
- 2) Investire maggiormente l'Organismo di coordinamento di compiti di condivisione delle linee di programmazione (valutazione dei progetti innovativi, programmi di residenzialità leggera)
- 3) Approfondimento di tematiche specifiche (misure alternative all'OPG, collaborazione tra servizi su aree di confine, collegamenti con i MMG per i percorsi di cura)

Le attività territoriali dei Dipartimenti di Salute Mentale

I Dipartimenti di Salute Mentale svolgono un ruolo gestionale delle attività di cura, assistenza e riabilitazione inerenti la salute mentale.

La rete d'offerta dei Dipartimenti di salute mentale delle aziende Ospedaliere di Varese, Busto Arsizio e Gallarate è rimasta invariata per quanto riguarda i CPS, mentre negli ultimi anni si è articolata con nuove strutture semiresidenziali e residenziali:

DSM dell'AO di Varese:	Presidio di Luino - Centro Diurno e CPM a n. 20 posti Presidio di Varese – Recentemente accreditato un Centro Diurno
DSM dell'AO di Busto Arsizio :	Presidio di Busto A. - Centro Diurno di FagnanoOlona Presidio di Tradate – CRM a n. 14 posti (programma innovativo) Presidio di Saronno – CPM a n. 10 posti
U.O.P. dell'A.O. di Gallarate:	Residenzialità leggera n. 4 posti (programma innovativo).

Si rileva che il Piano di Salute Mentale regionale mette l'accento sulla psichiatria di comunità e sulle attività territoriali: dall'analisi dei dati anno 2007 (dati ex circ. regionale 46/san, 28/san, 43/san) emerge che i Dipartimenti operano secondo tali indicazioni. Infatti dei circa 10.000 utenti che hanno avuto accesso ai servizi di psichiatria delle tre aziende ospedaliere dell'ASL della Provincia di Varese, solamente il 3,6 % è stato trattato con programmi di residenzialità ; si tratta di persone con disturbi psichici gravi, con disabilità importanti sul piano dell'autonomia, e per i quali non sono state sufficienti gli interventi ambulatoriali e territoriali integrati; la maggior parte dei soggetti trova quindi risposte di cura, assistenza e riabilitazione nei servizi territoriali (CPS e CD) dei tre Dipartimenti, nei quali vengono attuate con diverse modalità di trattamento.

In sintesi la tabella n. 1 riporta la distribuzione della spesa per le prestazioni di psichiatria anno 2007 (le prestazioni di semiresidenzialità, residenzialità e ricoveri in SPDC corrispondono a giornate; la residenzialità riguarda sia strutture pubbliche che private) .

**Spesa anno 2007**

<b>Prestazioni erogate</b>	<b>N. utenti</b>	<b>N. prestazioni</b>	<b>Spesa</b>
Prestazioni ambulatoriali	9.636	38.125	988.543
Prestazioni ambulatoriali complesse	4.303	45.512	2.062.854
Prestazioni semiresidenziali	334	21.417	2.000.644
Prestazioni residenziali	369	97.364	13.775.092
Ricoveri in SPDC	1.098	26.078	5.066.616
<b>Totale spesa</b>			<b>23.893.749</b>

Le indicazioni delle "linee di indirizzo regionali" in merito alla necessità di dare maggior impulso all'attività territoriali, a fronte di un notevole incremento avvenuto negli ultimi 10 anni nell'ambito della residenzialità in termini di risorse, trovano ragione di costituire un obiettivo essenziale anche per il territorio dell'ASL della provincia di Varese, avvalendosi tale obiettivo anche di specifico finanziamento regionale per i programmi innovativi (peraltro già realizzati nel triennio precedente e ai quali andrà assicurata continuità, previa valutazione da parte dell'Organismo di Coordinamento).

Seguendo le indicazioni della DGR VIII/0008501, gli obiettivi prioritari per l'anno 2009 sono così declinabili:

1. Implementare la metodologia dei percorsi di cura (consulenza, assunzione in cura, presa in carico) sulla base della valutazione clinica di ogni utente.  
Per quanto riguarda la consulenza e l'assunzione in cura, che si rivolge prevalentemente a disturbi quali ansia e depressione, bisognerà operare con efficaci modelli di collegamento con i MMG. Per i trattamenti integrati di presa in carico di pazienti gravi e multiproblematici lo sviluppo del lavoro di rete permetterà interventi ad ampio raggio (tra cui anche l'inserimento lavorativo e il sostegno all'abitare).
2. Favorire processi di miglioramento dell'assistenza e della qualità dei servizi attraverso l'azione di monitoraggio delle attività territoriali, già avviato nel 2008, con il coinvolgimento dell'Organismo di Coordinamento (con attenzione alle aree dell'accessibilità, dei percorsi di cura, dei pattern di utilizzo, dell'offerta)
3. Programmazione innovativa, sulla base delle indicazioni regionali.

### La residenzialità

Seguendo le indicazioni della DGR VIII/0008501, gli obiettivi per l'anno 2009 riguardo alla residenzialità sono i seguenti:

1. Monitoraggio e controllo delle attività di residenzialità psichiatrica attraverso specifici indicatori secondo quanto previsto dalla nota della DG Sanità del 4/02/2008, al fine di verificare la reale rispondenza delle strutture alle esigenze cliniche primarie e alle criticità socio-assistenziali. Nel tempo (circa un triennio dalla riclassificazione) dovrà essere valutata l'adeguatezza del sistema adottato)
2. Monitorare l'appropriatezza dei percorsi di cura nelle strutture riabilitative, alla tipologia di attività erogata, alla durata e agli esiti dei percorsi, oltre che la reale applicazione dei protocolli di inserimento, trattamento e dimissioni.
3. Attivare programmi di residenzialità leggera, condivisi dall'Organismo di Coordinamento e in accordo con i piani di zona del territorio dell'ASL di Varese, monitorandone l'attuazione
4. Stabilizzazione dei programmi innovativi di area residenziale

### I programmi innovativi

Secondo le indicazioni del piano di salute mentale, sono stati finanziati dalla Regione Lombardia programmi innovativi di durata triennale(2005 – 2008) al fine di promuovere l'attuazione del piano stesso.

I programmi innovativi di area territoriale, qualità e formazione sono stati monitorati direttamente dalla DG Sanità e sono in fase di conclusione.

I programmi innovativi realizzati nel triennio da soggetti del territorio dell'ASL di Varese sono :

Destinatario istituzionale	Titolo progetto
A.O. "Ospedale di Circolo" di Busto Arsizio	Consapevolezza della persona con disagio psichico. L'utente diventa facilitatore sociale
A.O. "Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi" di Varese	Verso il territorio contro il pregiudizio
A.O. "Sant'Antonio Abate" di Gallarate	Paziente grave e promozione- attuazione verso l'autonomia
Coop. Sociale "Gulliver" di Varese	Campus Mafalda
"Mariner" s.r.l. di Milano	Sperimentazione di un modello di Comunità Protetta meglio inserito nel contesto territoriale e più idoneo al perseguimento di un percorso riabilitativo efficace
Fondazione "Cav. Francesco Menotti" di Cadegliano (VA)	Promozione di un progetto di Intervento di Riabilitazione Territoriale Individualizzata in alternativa alla residenzialità

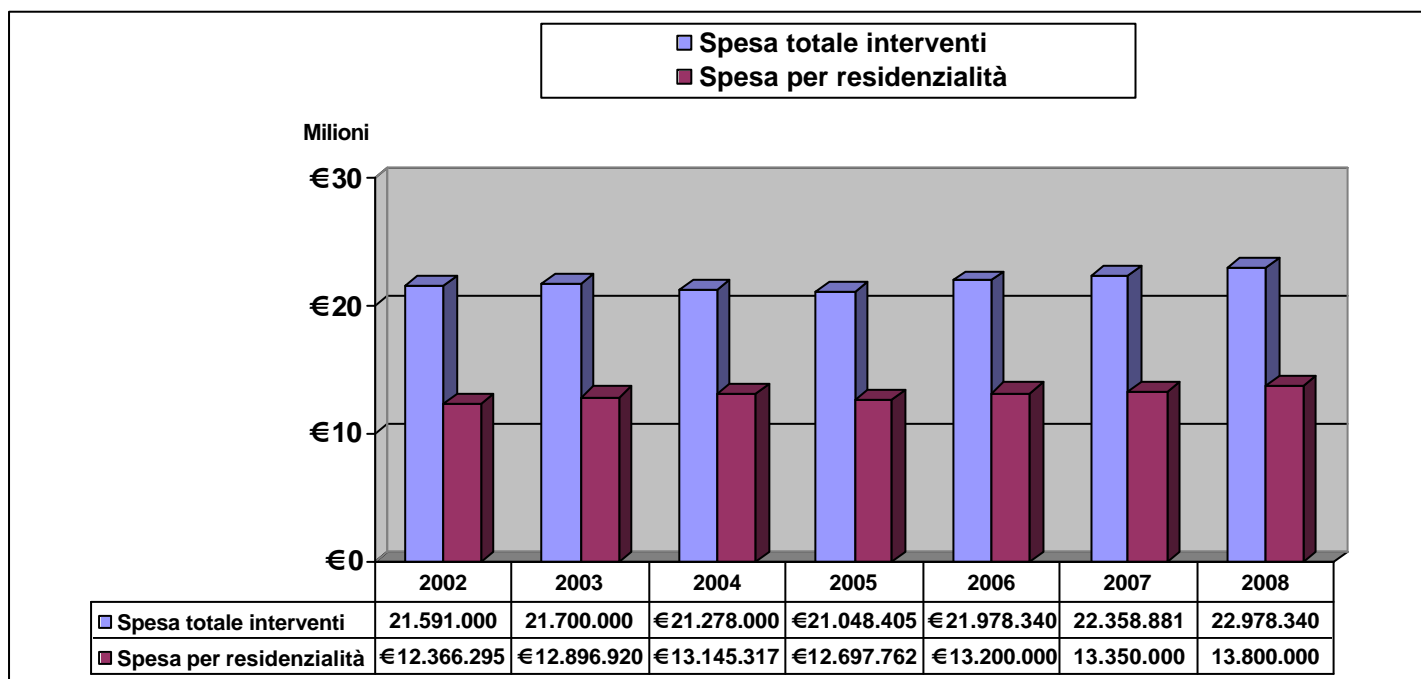
I programmi di area residenziale sono:

Destinatario istituzionale	Titolo progetto
A.O. "Ospedale di Circolo" di Busto Arsizio	Gestione innovativa della residenzialità nel DSM: Comunità riabilitativa a media assistenza di Tradate
Fondazione "Cav. Francesco Menotti" di Cadegliano (VA)	Trattamento residenziale dei pazienti psichiatrici:SR a Gavirate

La nota della DG Sanità del 16/12/2008 "Indicazioni relative all'applicazione della d.g.r. VIII/8501, in merito ai programmi innovativi", precisa che sono previste per il 2009 risorse aggiuntive, con assegnazione di un finanziamento ad hoc alle ASL con specifica destinazione per le attività dei DSM e degli erogatori privati accreditati coerenti con le tematiche strategiche individuate e indicate nelle linee di indirizzo per la salute mentale. Sarà compito dell'ASL e dell'Organismo di Coordinamento valutare i progetti presentati dagli erogatori e monitorarne l'attuazione, dopo la validazione del progetto stesso da parte della DG Sanità.

Riguardo ai progetti sopra elencati, finanziati e realizzati nel triennio precedente, la regione darà specifiche indicazioni sulla possibilità della loro stabilizzazione, in coerenza con le aree strategiche individuate.

### Spesa psichiatria anni 2002-2008



## I SERVIZI DELLA NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

L'Organismo di Coordinamento della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza dell'ASL della provincia di Varese è stato istituito con delibera ASL n. N. 557 del 25/09/2007; negli incontri effettuati nell'anno 2008 ha rilevato alcune criticità relativamente alla rete d'offerta e alle risorse in dotazione.

Nell'ASL della Provincia di Varese i presidi delle UONPIA delle tre Aziende Ospedaliere sono collocati in ogni distretto del territorio.

Dai dati rilevati nell'ambito territoriale della provincia di Varese, si evince che l'utenza che ha avuto accesso ai servizi territoriali registra un forte incremento di accesso ai servizi dal 2005 al 2007 (da circa 3.000 a 5.000); è inferiore di un punto percentuale a quello regionale, corrispondendo al 4%.

Una criticità più volte segnalate dalle UONPIA territoriali riguarda le liste d'attesa, in particolare per quanto riguarda alcune tipologie di prestazioni riabilitative e soprattutto per la presa in carico psicoterapeutica, in quanto l'attesa è da un minimo di un anno e oltre.

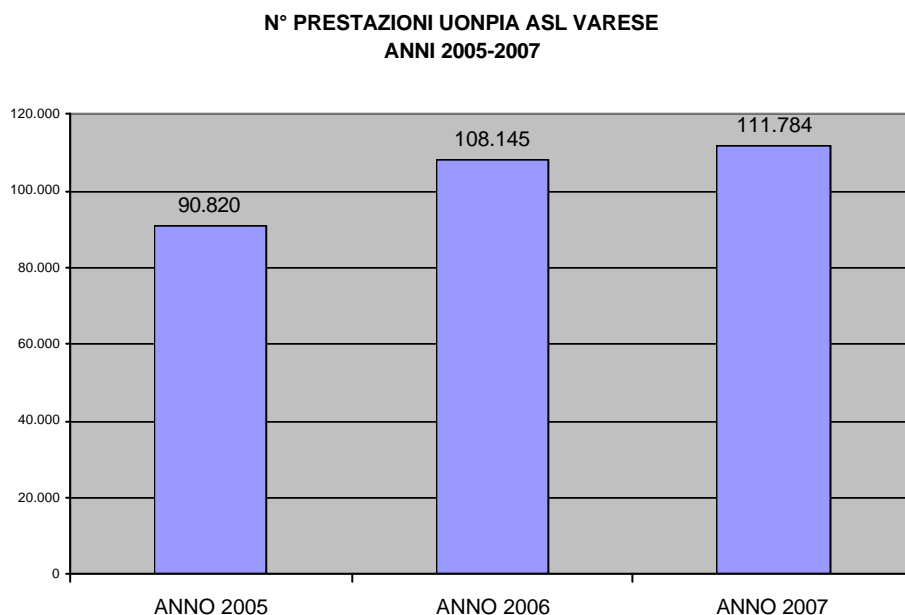
Per quanto riguarda le strutture semiresidenziali, nel territorio dell'ASL sono due i servizi rispondenti a questa tipologia e sono a gestione privata, accreditati e a contratto con l'ASL di Varese: "Il Seme" di Cardano al Campo e "Fondazione Piatti" a Besozzo (casi trattati annualmente N. 43)

Essi effettuano inserimenti su invio dei servizi NPIA territoriali ed erogano programmi riabilitativi sulla base delle valutazioni e indicazioni delle stesse.

Per quanto riguarda la residenzialità, la maggior parte dei minori collocati in Comunità terapeutiche (tot. Annuo N. 43) si trovano in comunità fuori provincia o fuori regione (Piemonte), per mancanza di strutture terapeutiche in provincia e per carenza di posti in regione Lombardia.

Tale situazione costituisce una forte criticità, a causa della lontananza geografica che non favorisce il lavoro con le famiglie, i contatti con il territorio, il monitoraggio del progetto terapeutico da parte delle UONPIA invianti, l'attivazioni di reti adeguate per il rientro alle dimissioni.

Nell'ASL di Varese le UONPIA delle aziende Ospedaliere di Varese, Busto Arsizio e Gallarate hanno erogato, nell'ultimo triennio, un numero di prestazioni come riportato nel grafico seguente:



*Per quanto riguarda le Aziende Ospedaliere di Varese, Gallarate e Busto Arsizio la situazione relativa ai ricoveri ospedalieri per minori con disturbi neuropsichici è la seguente:*

### IL DAY-HOSPITAL

L'Azienda Ospedaliera di Varese dispone di quattro posti di degenza a ciclo diurno, accreditati con DGR n 68994 del 01/06/1995.

La degenza in Day Hospital offre la possibilità di approfondimenti in forma multidisciplinare e integrata per quelle patologie che richiedono prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative plurispecialistiche e/o multiprofessionali a breve e medio termine, che non possono essere erogate in ambito ambulatoriale per peculiarità e complessità o che richiedono sorveglianza, osservazione medica e/o infermieristica/psicologica/riabilitativa protratta nell'arco della giornata.

Esso ha inoltre la funzione di consentire la valutazione della tollerabilità di particolari trattamenti farmacologici, attraverso la prima somministrazione in ambiente clinico e di ridurre il ricorso al ricovero o limitarne la durata a parità di efficacia dell'intervento sanitario.

Nel 2007 sono state erogate N. 1478 giornate di day-hospital per 637 pazienti.

Tuttavia molte delle situazioni cliniche viste nell'ambito dell'attività di reparto, relative a patologie sia neurologiche che psichiatriche acute o molto gravi, hanno dovuto trovare una risposta assistenziale e terapeutica attraverso ricoveri in reparti di degenza di NPI in altre città della Regione (prevalentemente IRCCS "Mondino" di Pavia e San Gerardo di Monza)

## **IL RICOVERO ORDINARIO E L'EMERGENZA-URGENZA**

L'assenza nel territorio della Provincia di Varese di una struttura ospedaliera di ricovero ordinario di NPIA costituisce una forte criticità per i Servizi territoriali per la gestione di molti casi.

Il ricovero ordinario infatti trova indicazioni per la diagnosi e cura delle malattie acute, gravi e complesse di tipo neurologico e psichiatrico che richiedono monitoraggio specialistico ed assistenza intensiva o quando la instabilità clinica e/o funzionale o le condizioni aggravanti del contesto socio-familiare lo rendono indispensabile.

Inoltre si è ampliata la domanda d'intervento urgente in area clinica della patologia neurologica e psichiatrica dell'età evolutiva in fase acuta, che richiede pertanto un adeguamento dei Servizi ospedalieri di NPIA per assolvere alle necessità di emergenza-urgenza. La situazione delle tre Aziende Ospedaliere dell'ambito territoriale della Provincia di Varese relativamente a questa tipologia di interventi è sinteticamente le seguente: in totale nell'ambito territoriale dell'ASL della Provincia di Varese i casi connotati da carattere d'urgenza o che hanno avuto necessità di un ricovero relativamente a patologie di competenza dei Servizi UONPIA sono stati circa N. 355 nell'arco di un anno. Molti ricoveri possono essere effettuati presso i reparti di pediatria, alcuni vengono inviati al reparto di Neuropsichiatria di Monza o Pavia.

E' stato evidenziato dagli operatori delle UONPIA che in numerose patologie e condizioni neuropsichiatriche dell'Infanzia e dell'Adolescenza è necessario e più appropriato il ricovero in regime di degenza ordinaria: ad esempio nei disturbi del comportamento alimentare di tipo anoressico certe condizioni e criteri richiedono un ricovero a tempo pieno; egualmente le fasi più acute e drammatiche della psicopatologia adolescenziale grave in fase critica come la schizofrenia, il breakdown psicotico, i tentativi di suicidio, talune forme di disturbo della condotta e della personalità; inoltre tutte le patologie neurologiche gravi per le quali è necessario un lavoro diagnostico e terapeutico in ambiente istituzionale a tempo pieno come nelle forme di epilessia non controllate o gravi, lo stato di male epilettico o emicranico, le paralisi cerebrali infantili che richiedono un bilancio diagnostico approfondito o rivalutazione della linea terapeutica e o in generale le malattie neurologiche per le quali è necessaria una complessità di valutazioni di laboratorio e strumentali. Relativamente agli adolescenti, l'assenza attuale di un reparto, crea notevoli difficoltà, in quanto nella maggior parte dei casi non si rivelano adeguati né gli spazi di degenza della pediatria né gli SPDC, sia per problematiche di assistenza, sia di gestione degli spazi, sia per responsabilità di tipo medico-legale.

Come indicato dalle linee di indirizzo regionale, la complessiva carenza di posti letto di NPIA, con particolare riferimento alle esigenze di emergenza urgenza sia di tipo neurologico che psichiatrico nonché l'inadeguatezza degli organici dei Poli Ospedalieri di NPI, rendono prioritario l'obiettivo di realizzare dei posti letto di degenza autonoma e di adeguare gli organici.

Dunque la costituzione di un reparto di degenza ordinaria di Neuropsichiatria Infantile nel territorio dell'ASL della Provincia di Varese, permetterebbe di rispondere in modo appropriato alle esigenze di salute neuropsichica della popolazione della provincia di Varese, in caso di patologie acute o di particolare gravità o complessità, sia neurologiche che psichiatriche, o nel caso delle frequenti riacutizzazioni che in tali situazioni si verificano.

Si garantirebbe inoltre per tale via una continuità assistenziale, con ulteriori vantaggi nella integrazione e qualità dei percorsi diagnostico-terapeutici e in generale un sensibile, netto miglioramento della qualità assistenziale non soltanto in ambito NPI ma anche in ambito pediatrico, di patologia neonatale e a livello di pronto intervento.

Il bacino d'utenza è vasto e comprende non solo la provincia di Varese, ma anche quelle limitrofe (Como e Sondrio), oltre che il nord della Provincia di Milano e l'area del Verbano; da segnalare è infatti che nella Regione Lombardia esistono solo tre reparti di ricovero in regime ordinario (Monza, Pavia e Brescia).

L'Organismo di Coordinamento della Neuropsichiatria ha predisposto un documento in tal senso affinché sia sollecitato l'avvio di procedure per rispondere a tale necessità.

Gli obiettivi individuati per l'anno 2009 sono:

1. Continuare il lavoro avviato nel 2008 dell'Organismo di Coordinamento, dando priorità al lavoro di rete, al collegamento tra servizi rivolti ai minori sanitari e sociali, alla connessione tra servizi di NPIA e psichiatria per migliorare il passaggio della presa in carico e favorire interventi di prevenzione, focalizzare le problematiche relative all'adolescenza e ai servizi che se ne occupano;
2. Valutare le necessità relativamente alle cure in regime di semiresidenzialità, attraverso un'analisi clinico-epidemiologica ed una verifica delle liste d'attesa
3. Verificare la fattibilità di realizzare una struttura residenziale terapeutica per preadolescenti – adolescenti sul territorio dell'ASL della Provincia di Varese
4. Presentare un progetto specifico (come previsto dalla DGR VIII/8501 – All. 12) che potrà essere finanziato con risorse aggiuntive non storicizzabili e previa verifica della Direzione Generale Sanità: l'area individuata riguarda la presa in carico in adolescenza.

## **GOVERNO CLINICO TERRITORIALE**

### **Premessa**

Da anni l'ASL della provincia di Varese, tramite il proprio Dipartimento del Governo Clinico dell'Assistenza Primaria, struttura che coinvolge rappresentanti delle Società Scientifiche della Medicina Generale, della Pediatria di Libera Scelta e della Continuità Assistenziale (CA), nonché consulenti ed esperti per settore dell'Università, del Privato Accreditato e naturalmente dell'ASL e delle Aziende Ospedaliere della Provincia, garantisce un processo di integrazione tra il sistema sanitario locale e i medici che operano sul territorio, con l'obiettivo di verificare e migliorare l'appropriatezza e la qualità dell'erogazione delle cure, anche attraverso la predisposizione di piani formativi condivisi e specifici percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) validati.

Il percorso metodologico fin qui adottato ha visto l'avvio di specifici tavoli tecnici integrati (ASL, Società Scientifiche, Aziende Ospedaliere, Privato Accreditato, Università) sui quali si è cercato il consenso sulle strategie, la scelta e il monitoraggio di procedure di cura, secondo criteri basati sulla cultura specifica dell'assistenza primaria.

Sono stati predisposti percorsi formativi per tutti i professionisti (MMG, PLS, medici di CA) che operano sul territorio e sono stati prodotti documenti di consenso di facile e comoda consultazione, redatti sulla base delle evidenze scientifiche, supportati da dati che rispecchiano la realtà locale, aggiornati e aggiornabili, condivisi e raccomandati da tutti gli attori di sistema.

Nello scambio informativo con i MMG/PLS si è privilegiato l'utilizzo del CRS/SSIS, strumento sempre più diffuso tra i professionisti e destinato ad un ulteriore incremento con il coinvolgimento della rete dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri.

Con questi strumenti l'ASL ha affrontato anche il problema della continuità dell'assistenza, conscia del fatto che per raggiungere risultati positivi vanno superate le oggettive difficoltà di integrazione professionale e di gestione del processo assistenziale, rivedendo l'organizzazione in funzione del bisogno, in un'ottica unitaria.

### Azioni intraprese nell'anno 2008

Al fine di raggiungere gli obiettivi indicati in premessa, nel corso 2008 sono state intraprese numerose azioni, in diverse aree ed in particolare:

**Diabete Mellito:** il progetto aziendale relativo al PDTA sulla gestione del Diabete Mellito di tipo 2 ha visto, nel corso del 2008, ulteriori evoluzioni. Particolare attenzione è stata data agli aspetti relativi al monitoraggio dei dati, inviati dai Medici di Medicina Generale aderenti al progetto, relativi ai circa 11.500 pazienti reclutati. Tali dati, inseriti in un apposito database, hanno fornito informazioni per la valutazione dell'aderenza al PDTA stesso e hanno permesso al Tavolo tecnico per la gestione integrata del Diabete Mellito di acquisire informazioni utili in un'ottica di miglioramento continuo. Le informazioni relative ai pazienti diabetici così ottenute, in aggiunta a quanto ricavato dalla BDA, sono state utilizzate anche per soddisfare i debiti informativi regionali. Va, inoltre, sottolineata la possibilità concessa, in via sperimentale, ai MMG di rilascio diretto dell'esenzione dal ticket per patologia con lo scopo di semplificare il percorso del paziente nella rete dei servizi, migliorando, tra l'altro l'accessibilità all'offerta specialistica, anche al fine di favorire la riduzione delle liste d'attesa.

**Oncologia:** anche nel 2008 l'ASL ha fornito il necessario supporto alle attività del Tavolo Provinciale del Dipartimento Oncologico (DIPO). Sono stati inseriti nel DIPO tre MMG in rappresentanza delle Società Scientifiche della Medicina Generale (SNAMID, SIMMG, CseRMEG), in particolare l'ASL, di concerto con i rappresentanti delle Società Scientifiche della Medicina Generale ha provveduto alla rielaborazione del materiale utilizzato nei corsi di formazione "Il paziente oncologico: prima, durante e dopo", realizzati nel 2007. Tale materiale con i dati epidemiologici tratti dalla BDA ha costituito la base per approfondimenti specifici che si sono sviluppati in momenti di audit clinico per MMG, condotti da animatori di formazione ed inseriti nel programma di aggiornamento per MMG. Si è proceduto inoltre a promuovere azioni di sensibilizzazione nei confronti dei MMG/PLS per un maggior utilizzo della Rete Oncologica Lombarda (ROL). Tutto il materiale si è reso disponibile attraverso il sito web aziendale.

**Rischio Cardiocerebrovascolare:** è proseguita la rilevazione del rischio cardiocerebrovascolare in collaborazione con l'AVIS della provincia di Varese da parte dei MMG della carta del rischio ai cittadini in età compresa tra i 40 e i 69 anni. Facendo riferimento al triennio 2006-2009, la carta del rischio cardiocerebrovascolare è stata somministrata ad una percentuale di cittadini nella fascia d'età target superiore all'8% richiesto dall'obiettivo regionale. Specificatamente nel 2008 sono state somministrate n. 11.381 carte del rischio che sommate a quelle somministrate nei due anni precedenti portano ad un totale di 32.792 pari ad un'adesione del 9,70 da parte della fascia di popolazione interessata.

**Tavolo di Coordinamento Provinciale in ambito Pediatrico:** è proseguita l'attività del Tavolo di Coordinamento Provinciale in ambito Pediatrico, istituito su indicazione regionale, che comprende sia i pediatri ospedalieri che del territorio. In particolare si è predisposta la verifica dei risultati ottenuti con la diffusione dell'opuscolo "La febbre: un'alleata del bambino" in termini di effettivo miglioramento dell'utilizzo dei servizi specialistici ospedalieri e del PS. E' stato, inoltre, predisposto e distribuito un opuscolo su "Il Bambino con Diarrea". E' continuata l'azione di monitoraggio e di implementazione del PDT per la Gestione del Bambino in Soprappeso/Obeso.

In campo formativo, sono stati realizzati eventi di confronto tra ospedale e territorio, per illustrare casi clinici e rafforzare gli elementi di sinergia già presenti in provincia tra pediatria territoriale ed ospedaliera.

**Continuità dell'assistenza:** nel corso del 2008 si è realizzata la completa applicazione di quanto previsto nei progetti aziendali relativi a "Domiciliarità" e "Ambulatori a libero accesso". Inoltre è stato condiviso un protocollo di integrazione tecnologica/operativa tra l'AREU, l'ASL della Provincia di Varese e il 118.

**Network regionali:** è continuato un processo di sistematica informazione sui network regionali (Rete Udito, Rete Oncologica Lombarda, Epinetwork, Rete Regionale per le Malattie Rare) rivolto ai MMG/PLS.

**Telesorveglianza:** si è consolidata la sperimentazione del progetto Telemaco.

### Prospettive per l'anno 2009

Fatte salve le attività istituzionali e consolidate del Dipartimento delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale e le eventuali ulteriori indicazioni che saranno fornite dalla Regione, i principali ambiti di intervento nei quali si lavorerà saranno indirizzati a supportare ed orientare i pz. affetti soprattutto da patologie croniche degenerative o disabilità di particolare complessità.; ciò si esplica attraverso:

**Integrazione Ospedale-Territorio/Domiciliarità:** si potenzieranno i momenti di integrazione tra la realtà territoriale e quella ospedaliera attraverso la condivisione di documenti di consenso facilitanti l'accesso ai servizi e l'appropriatezza nell'uso degli stessi, l'aggiornamento e la formulazione di PDTA e di Linee Guida. Sono previsti ad esempio interventi di formazione specifici sull'Artrite Reumatoide e altre malattie reumatiche croniche, patologie ad evoluzione invalidante con significative ricadute anche sociali. Durante il 2009 si potenzieranno gli interventi mirati a supportare, sostenere ed alleviare i disagi dei pazienti affetti da tali patologie e si verificherà la possibilità di azioni volte ad offrire la massima integrazione del livello specialistico nell'ambito delle cure primarie. Sarà valutata a tal proposito la possibilità di intervenire su alcuni Gruppi di Cure Primarie per sperimentare, attraverso appositi progetti da presentare in Regione, una collaborazione tra Medicina di Gruppo e Specialisti Ospedalieri ed un percorso specifico per la TAO.

Verrà inoltre implementato un progetto, organizzato in collaborazione con la Associazioni di Volontariato, per potenziare le cure palliative approvato dalla Regione Lombardia, per alcuni distretti della ASL.

**Diabete Mellito:** proseguirà il progetto PDTA Diabete Mellito, che coinvolge oltre 11.500 pazienti, e sarà potenziato da parte dell'ASL il monitoraggio degli indicatori di processo per valutare l'aderenza al percorso raccomandato. Proseguirà anche la sperimentazione dell'esenzione diretta rilasciata dal MMG al proprio paziente diabetico di primo riscontro, con l'obiettivo di ridurre gli accessi specialistici mirati al rilascio di certificazione per patologia. Inoltre si considererà l'opportunità di implementare la continuità a rete tra centri Specialistici Ospedalieri e MMG attraverso un progetto pilota di monitoraggio.

**Oncologia:** saranno promossi interventi che tendono ad implementare iniziative comuni tra ASL, AA.OO., MMG E DIPO. Si riproporrà la metodologia, già sperimentata nel corso del 2008, di audit distrettuale per identificare le problematiche più importanti dal punto di vista del MMG, con il supporto di dati ricavati dalla BDA, a cui si affiancheranno confronti con lo specialista oncologo, per definire i percorsi assistenziali più adeguati e interventi contestualizzazione all'area di appartenenza. Si continuerà inoltre l'implementazione di azioni atte a diffondere tra i MMG/PLS la Rete Oncologica Lombarda (ROL) e, non appena completate le dovute attivazioni, si procederà ai collegamenti ROL/SISS.

**Tavolo di Coordinamento Provinciale in ambito Pediatrico:** si proseguirà negli interventi finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza per l'utilizzo dei servizi specialistici ed ospedalieri (Pronto Soccorso, Assistenza Farmaceutica e Ambulatori Specialistici), attraverso sia la distribuzione del materiale predisposto di informazione e di educazione all'utilizzo dei servizi (La febbre un'alleata del bambino, Il bambino con diarrea) che la promozione di altri interventi su argomenti ritenuti rilevanti.

**Rischio Cardiocerebrovascolare:** considerata la rilevanza dei dati raccolti, verrà mantenuta alta la soglia di attenzione sul progetto, sensibilizzando i MMG a proseguire nel monitoraggio e a porre in atto le azioni conseguenti.

## RETE DI OFFERTA

L'offerta territoriale è completata dalla presenza sul territorio di Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medici del Servizio di Continuità Assistenziale (MCA) e Farmacie.

Nella Provincia di Varese operavano i seguenti medici:

- 597 MMG
- 117 PLS
- 128 MCA, di cui 78 titolari e 50 sostituti.

I MMG e i PLS sono organizzati nel seguente modo:

- 23 associazioni "rete" con 103 MMG E 2 PLS
- 25 associazioni "gruppo" con 109 MMG e 16 PLS
- 46 associazioni ex articolo 40, con 222 MMG e 4 PLS
- 14 associazioni pediatriche (di cui 1 in rete: già considerata sopra) con 63 PLS (di cui 2 in rete, già considerati sopra)
- 163 MMG e 34 PLS singoli

La rete di offerta, per quanto riguarda le farmacie, è articolata in 36 Farmacie Pubbliche, 171 Farmacie Private, 21 Dispensari farmaceutici e 20 Parafarmacie.

## ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Con ciò si intende l'insieme di prestazioni di assistenza farmaceutica (farmaci, ossigeno, nutrizione artificiale) che vengono erogati a pazienti per terapie domiciliari.

Nel corso degli anni ed in funzione delle modifiche normative in materia, l'assistenza farmaceutica territoriale si è diversificata soprattutto nelle modalità di erogazione, rappresentando in ciò modelli assistenziali differenziati che riguardano anche la tipologia e la gravità delle patologie trattate.

In provincia di Varese, l'erogazione di assistenza farmaceutica territoriale viene effettuata secondo modelli organizzativi sviluppati anche nell'ottica della migliore allocazione delle risorse economiche disponibili.

### Erogazione diretta di singole prestazioni di assistenza farmaceutica.

Da sempre la ASL di Varese si impegna nella gestione diretta di patologie di particolare gravità o rarità predisponendo l'erogazione diretta di singole prestazioni. In tal senso, le norme cogenti delineano chiaramente le tipologie di pazienti in carico e le prestazioni che sono erogate.

Per quanto concerne l'erogazione di medicinali, tra le tipologie di pazienti si ricordano quelli affetti da patologie rare, i pazienti trattati con farmaci non reperibili in Italia, o con farmaci ad esclusivo uso ospedaliero. Rispetto alle attività legate a questa tipologia di prestazioni, nel 2006 è stata condotta un'attività di formazione destinata agli operatori dei distretti, primo punto di relazione con i cittadini, con lo scopo di condividere procedure ed istruzioni operative dedicate.

Nel corso del 2008 sono stati seguiti 212 pazienti, con significativo incremento rispetto all'anno 2007 (+72), questo in ragione del numero di pazienti affetti da patologie rare (artrite reumatoide, ipertensione polmonare eccetera) trattati con farmaci di classe H OSP-2 e seguiti da centri ospedalieri al di fuori della provincia di Varese, anche fuori regione.

Spesso questa attività di erogazione diretta di medicinali ha condotto ad un più razionale impiego delle risorse economiche. La sola distribuzione di fattori per la coagulazione (destinati ai pazienti affetti da emofilie) ha generato un'economia di sistema nel periodo gennaio dicembre 2008, pari a circa Euro 550.000.

#### **“Distribuzione per conto” per il tramite delle farmacie aperte al pubblico**

Già dal 2004, anno in cui è stato stilato il primo accordo con le organizzazioni sindacali delle Farmacie aperte al pubblico e con i rappresentanti della distribuzione intermedia, la ASL di Varese ha attuato il progetto di distribuzione per conto, generando così ulteriori economie di sistema rispetto alla spesa farmaceutica territoriale.

Le attività collegate alla “distribuzione per conto” hanno visto nel 2005 una prima integrazione dell'elenco delle specialità distribuite con l'inserimento di insulina lantus e di ipoglicemizzanti orali mentre nella seconda metà del 2006 un'intensa attività atta a valutare l'eventuale ampliamento del numero e della tipologia di medicinali distribuiti. Ciò ha condotto, nell'ultimo trimestre 2006, all'incremento delle specialità medicinali distribuite fino all'attuale numero di 67. L'attività è stata mantenuta nel corso del 2008 senza modifiche rilevanti.

Nella seconda parte del 2008 sono state condotte ulteriori analisi con lo scopo di verificare ambiti di ampliamento della distribuzione. Sulla scorta di ciò, nel primo periodo del 2009, sarà dato corso a quanto necessario per l'integrazione dell'elenco dei medicinali erogati con l'inserimento di ulteriori principi attivi quali, ad esempio, i farmaci per l'infertilità e gli antagonisti ormonali.

#### **Erogazione di ossigeno terapia domiciliare a lungo termine**

Già da alcuni anni la ASL di Varese eroga il servizio in oggetto attraverso i propri distretti socio sanitari e per il tramite delle Farmacie aperte al pubblico. I fornitori del servizio sono selezionati dalla ASL attraverso le consuete procedure di gara. Nel corso del 2008 si sono concluse le procedure relative alla gara d'appalto, con individuazione dei fornitori per il successivo quadriennio.

In media nel corso del 2008 sono stati seguiti 1448 pazienti, dei quali 80 con concentratore d'ossigeno.

Nel corso del 2009 si attiverà una procedura distrettuale di attivazione diretta dei pazienti con conseguente possibile riduzione dei tempi necessari all'erogazione del servizio al domicilio.

#### **Erogazione di NADE/NPT domiciliare**

Nel corso dell'anno 2008 sono stati serviti a domicilio in media 500 assistiti/mese, in terapia con nutrizione artificiale entrale e parenterale. Nel corso dell'anno 2009 si condurranno le procedure di gara necessarie al rinnovo dell'appalto in scadenza.

#### **Erogazione di farmaci per il tramite delle AA.OO. della provincia**

A seguito degli accordi siglati già dal 2005, le AA.OO. della Provincia di Varese assicurano a particolari categorie di pazienti, l'erogazione diretta di medicinali nel corso di accessi ospedalieri programmati. Le attività riguardano tutte le AA.OO. provinciali e sono riferite alla distribuzione di PEG interferoni per i pazienti affetti da epatite cronica C. Per l'anno 2009 si prevede di ampliare tale attività estendendo la distribuzione anche ad altri farmaci quali le eparine a basso peso molecolare e i farmaci a favore del paziente affetto da malattia oncologica.

Infine, saranno mantenute e rafforzate le attività, iniziate nel corso del 2006, relative alla stesura e aggiornamento del “prontuario alla dimissione”, strumento prescrittivo consegnato sia a MMG PLS che agli specialisti ospedalieri concepito con l'obiettivo di condividere le indicazioni prescrittive in vigore, con particolare riguardo alla possibilità di prescrivere il cosiddetto “farmaco equivalente” all'interno di categorie terapeutiche omogenee.

Si consoliderà, più in generale, l'attività di promozione del farmaco equivalente secondo le indicazioni regionali, anche attraverso l'informazione indipendente, soprattutto riferita alle classi ATC per le quali sono presenti equivalenti o genericabili, in particolare in presenza di dati di letteratura comprovanti valutazioni di efficacia comparata.

### **FILE F**

Il tracciato record file f è lo strumento di rendicontazione dei farmaci somministrati o dispensati dalle Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private Accreditate, in regime diverso dal ricovero ordinario. L'uso dei farmaci secondo le indicazioni autorizzate da AIFA, all'atto dell'immissione in commercio, rappresenta condizione necessaria per il rimborso in SSR.

Nel complesso, si tratta di terapie destinate a particolari patologie quali le infezioni da HIV, l'artrite reumatoide, la sclerosi multipla, e le terapie antineoplastiche, che registrano notevoli incrementi di spesa indotti anche dalla disponibilità di farmaci innovativi di recente commercializzazione, come evidenziato nella valutazione del trend negli anni 2006, 2007, 2008.

Dal 2003 è stato istituito il tavolo tecnico interaziendale per il monitoraggio del file f che ha prodotto un documento condiviso, compendio della normativa regionale vigente e pertanto periodicamente aggiornato, e strumento dei clinici per la quotidiana attività di rendicontazione della spesa erogabile attraverso file f. Nell'anno 2008 è stata condivisa la 5<sup>a</sup> revisione di questo documento. Le riunioni periodiche permettono un continuo confronto e chiarimento di alcuni aspetti critici, soprattutto in relazione alle nuove molecole disponibili, semplificando le attività di monitoraggio e di programmazione di questa voce di spesa.

Il monitoraggio della spesa farmaceutica rendicontata all'ASL attraverso il tracciato record file f fornisce indicazioni utili alla verifica della domanda e dell'offerta, di prestazioni di cura rispettivamente richieste dai cittadini della provincia di Varese (dati di consumo) e erogate dalle strutture presenti nel territorio di competenza di questa Azienda a favore di cittadini lombardi (dati di produzione).

L'analisi del dato di consumo relativo al periodo gennaio-luglio 2008, a conferma di quanto già evidenziato per l'anno 2007, evidenzia che il 74% della spesa sostenuta per i cittadini della provincia di Varese è relativo a prestazioni file f erogate da strutture presenti in provincia.

L'analisi della spesa rendicontata dalle strutture site nel territorio della provincia di Varese relativa a prestazioni erogate a favore di cittadini lombardi conferma quanto evidenziato dall'analisi del consumo: l'80% della spesa sostenuta a favore di cittadini lombardi riguarda assistiti della provincia di Varese.

Attraverso l'attività di monitoraggio del periodo gennaio-luglio 2008 si è potuto rilevare sia l'inserimento nei protocolli di cura di nuove molecole come lenalidomide, raltegravir, sitaxentan, sia l'aumento del numero di pazienti affetti da artrite reumatoide e psoriasi trattati con infliximab, di quelli affetti da malattia di Parkinson trattati con duodopa e inibitori della decarbossilasi, di quelli affetti da sclerosi multipla trattati con natalizumab. Si sottolinea inoltre un rilevante incremento d'uso del farmaco chelante del ferro a base di deferasirox, da somministrarsi per via orale nel trattamento dei pazienti talassemici soggetti a trasfusioni.

Con le regole di sistema 2006 è stata introdotta una nuova modalità di rendicontazione attraverso file F riguardante l'esecuzione di terapie antineoplastiche che prevedono l'uso di alcuni principi attivi innovativi ad elevato costo. L'Organismo Regionale ha infatti stabilito e confermato anche per gli anni 2007 e 2008, che il costo di determinati principi attivi utilizzati in regime di day hospital oncologico (casistica afferente al DRG 410J) venga rendicontato mediante tipologia 5 di file F e che il rimborso del DRG 410J valga, in questi casi, €40. Con la medesima modalità è previsto il rimborso per tutti gli altri farmaci relativi al protocollo di chemioterapia, escluse le terapie ancillari.

La nota della Direzione Generale Sanità del 6 dicembre 2007 ha aggiornato l'elenco dei medicinali oncologici ad alto costo rendicontabili in tipologia 5 di file f.

L'uso di alcuni di questi farmaci è monitorato da AIFA attraverso un sistema on-line nel quale vengono inseriti diagnosi e trattamento previsto per ogni paziente in cura; ogni dispensazione/somministrazione viene consentita solo se vengono rispettati i requisiti previsti dalla scheda tecnica dei farmaci. La presenza in cartella clinica della scheda di monitoraggio AIFA per ogni singola somministrazione rappresenta condizione necessaria affinché possa essere confermato il rimborso in SSR; da gennaio 2008 Regione Lombardia ha ammesso la validità anche del documento on-line.

L'introduzione della tipologia 5 di file f ha permesso di monitorare costantemente la spesa erogata per questi farmaci. Se nel 2007 si è assistito ad un netto incremento di tale voce di spesa rispetto all'anno precedente, nel 2008, considerati i dati ad oggi disponibili (gennaio-agosto), si rileva una complessiva diminuzione di spesa, conseguente all'esclusione di alcuni farmaci dalla tipologia 5 in seguito all'aggiornamento dell'elenco avvenuto con nota della DGSanità 50971 del 6.12.2007. In realtà, tuttavia, una più approfondita analisi al V livello ATC evidenzia un incremento anche del 100% rispetto al 2007 dell'uso di alcuni farmaci (come bevacizumab) che nel corso dell'anno hanno visto riconosciuta un'estensione delle indicazioni autorizzate. Unica struttura in controtendenza sul territorio aziendale è l'Istituto Clinico MaterDomini che nel 2008 ha registrato un rilevante incremento percentuale della spesa a carico della tipologia 5 di file f, correlabile alla nuova organizzazione aziendale che ha comportato un potenziamento dell'attività dell'U.O. di Oncologia.

Con determinazione AIFA del 16 ottobre 2007, è stato aggiornato l'elenco dei medicinali erogabili a carico del SSN, ai sensi della Legge 648/1996, istituito con il provvedimento CUF del luglio 2000. In particolare, è stata riconosciuta la rimborsabilità per alcune indicazioni terapeutiche di farmaci con uso consolidato nel trattamento di tumori solidi nell'adulto (allegato 1) ed in età pediatrica (allegato 2), nel trattamento delle neoplasie e patologie ematologiche (allegato 3), nel trattamento di patologie neurologiche (allegato 4) e nel trattamento correlato ai trapianti (allegato 5).

Regione Lombardia, recependo tale determinazione con la DGR VII/5237 del 2.8.2007 ha stabilito che la spesa sostenuta per questi farmaci venga rendicontata in File F tipologia 3.

Gli effetti di questi nuovi provvedimenti sulla spesa rendicontata in tipologia 3 si sono rilevati a partire dal mese di settembre 2007, con un trend di incremento anche nei mesi successivi soprattutto per farmaci ad uso consolidato nel trattamento di tumori solidi nell'adulto e di neoplasie e patologie ematologiche.

In particolare si sono verificati un incremento del numero di pazienti trattati con vinorelbina, capecitabina e octreotide ed un aumento della spesa anche di epoetina beta, per incremento sia del numero di pazienti che del prezzo unitario.

Le Regole di sistema 2009 prevedono un incremento del 10% della spesa sostenuta a favore di cittadini lombardi (per tutte le tipologie escluse la 6- doppio canale – e la 11 – primo ciclo di cura), nei limiti della compatibilità di sistema e del rispetto del tetto complessivo del 2,4% previsto per la farmaceutica ospedaliera.

Lo stesso documento regionale introduce inoltre per il file f la gestione contabile degli effetti dei controlli alle strutture erogatrici e in particolare precisa che la struttura erogatrice oggetto del controllo, come già indicato nella nota prot. n. H1.2008.12810 del 27 marzo 2008, dovrà inserire nel campo "destinazione record" (posizione 154 file FF1 e posizione 86 del file FF2) il valore M (record modificato a seguito di controlli); mensilmente la ASL dovrà verificare la corretta corrispondenza tra i record valorizzati con M dalla struttura e quanto effettivamente controllato. Viene precisato inoltre che l'effetto economico dei controlli dovrà essere necessariamente ricompreso nei flussi di validazione regionale e che l'effetto economico dei controlli, in termini di diversa valorizzazione delle pratiche controllate, si intende valido sulla valorizzazione attribuita a livello regionale.

Importanti novità in materia di Sanità penitenziaria, già previste dalla DGR 8120 del 1.10.2008, sono state ribadite nelle Regole di Sistema 2009. In particolare, è stata disposta la fornitura agli istituti penitenziari da parte delle AA.OO. individuate (A.O. Ospedale

di Circolo e Fondazione Macchi di Varese e A.O. Ospedale di Circolo di Busto Arsizio) anche di farmaci di fascia A e C (oltre ai farmaci di fascia H già forniti) e dei dispositivi medici. Questa voce di spesa, sottoposta a tetto di spesa, verrà monitorata grazie alla compilazione da parte delle AA.OO. del file f – tipologia 12.

Nel corso del 2009 la Direzione Generale Sanità, come riportato nel documento delle Regole 2009 – Allegato 13, attiverà specifiche iniziative, in coordinamento e collaborazione con i professionisti, al fine di aggiornare sia l'elenco dei farmaci della tipologia 5 (di cui alla nota prot. n.H1.2005.57478 del 29 dicembre 2005 e successive integrazioni sia i contenuti della tipologia 4 (terapia iposensibilizzante).

## **ASSISTENZA PROTESICA**

### **Premessa**

Gli obiettivi primari di tutte le azioni messe in campo dall'ASL della Provincia di Varese, (stesura del protocollo per l'omogeneizzazione dei criteri di concessione e prescrizione degli ausili protesici, revisione dell'elenco dei prescrittori e autorizzatori, aggiornamento dell'elenco delle Ditte fornitrici, realizzazione dei Centri Ausili Distrettuali, apertura di tavoli tecnici con fisiatri, pneumologi, otorini, diabetologi, pediatri, per l'elaborazione di linee guida e protocolli operativi condivisi, ecc.) sono il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e l'omogeneizzazione delle prestazioni su tutto il territorio, nel rispetto dei bisogni degli assistiti.

Nel 2008 è proseguita l'attività di verifica dell'applicazione dei protocolli per la fornitura di protesi acustiche, degli ausili ad alto costo (seggioloni polifunzionali e sistemi di postura) dei montascale, della VDM, dei plantari e delle calzature ortopediche attraverso il controllo formale della documentazione allegata alla prescrizione.

E' stata verificata, inoltre, l'appropriatezza prescrittiva di oltre l' 80% degli ausili ad alto costo oggetto di monitoraggio (seggioloni polifunzionali e sistemi di postura), da parte di terapisti della riabilitazione, del personale sanitario del Distretto o del Servizio Centrale.

E' continuata in modo sistematico l'attività di verifica, da parte degli operatori dei Centri Ausili, dell'effettivo utilizzo dei montascale erogati a distanza di sei mesi dalla fornitura, con visita a domicilio e somministrazione di questionario ad hoc.

Il questionario in uso negli anni precedenti è stato ampliato con quesiti relativi allo stato di manutenzione e all'uso in sicurezza dell'ausilio.

Anche nel 2008, è continuata l'esperienza dei "Centri Ausili" distrettuali, iniziata nel 2004; tali strutture sono state realizzate per migliorare l'integrazione tra componente tecnica (prescrittori) e componente amministrativa (autorizzatori), semplificare le modalità di accesso per gli utenti, ridurre le prescrizioni di ausili inappropriati, favorire il pieno diritto all'erogazione di ausili protesici di dimostrata efficacia terapeutica e riabilitativa e responsabilizzare i prescrittori in merito alla spesa generata. Come soluzione alle criticità che rischiavano di compromettere il progetto, nel mese di settembre, grazie alla collaborazione tra le Direzioni Sanitarie dell'ASL e dell'AO di Busto A., ha preso avvio, presso il presidio ospedaliero di Busto A., un ambulatorio dedicato alla prescrizione di ausili, con accesso settimanale. L'integrazione con l'Area Distrettuale di Busto A. è garantita dalla collaborazione dell'IP distrettuale addetta all'Assistenza Protesica, presente nell'ambulatorio per la valutazione dei casi clinici più complessi e per la prescrizione di ausili già valutati al domicilio, e dal collegamento della postazione ospedaliera con il data base dell'Ufficio Protesi Distrettuale, al fine di permettere agli specialisti prescrittori di accedere alla "storia protesica" dei pazienti.

E' continuata l'attività dell'*Osservatorio Aziendale sull'erogazione delle forniture protesiche* (istituito nell'aprile 2005), organismo trasversale costituito da tutte le articolazioni organizzative aziendali coinvolte nel processo di erogazione, allo scopo di migliorare le azioni di Governo dell'Assistenza Protesica attraverso l'apporto di specifiche professionalità.

Per maggiormente qualificare la fase autorizzativa del processo di erogazione si è continuata la "Formazione sul Campo", iniziata nel 2005, rivolta agli operatori distrettuali che si occupano di Assistenza Protesica ed è stata attivata la "Formazione d'aula" aperta anche agli specialisti prescrittori.

Ha preso avvio l'erogazione di ausili dell'elenco 2 del Nomenclatore Tariffario acquisiti attraverso la gara consorzata fra 8 ASL della Regione Lombardia con capofila l'ASL di Varese,. Tale gara, grazie al lavoro qualificato della Commissione Tecnica, costituita da figure specialistiche proposte dalle ASL partecipanti, ha dato risultati positivi sia per la qualità dei prodotti aggiudicati, sia per la riduzione di spesa ottenuta. Riuscendo, quindi, a coniugare appropriatezza delle prestazioni con governo della spesa.

Inoltre, in ottemperanza alla nota regionale, che ha dato avvio al progetto, a partire dal mese di luglio 2008, si è proceduto all'erogazione di Comunicatori ad Alta Tecnologia per pazienti affetti da SLA e altre patologie croniche ad andamento degenerativo. Ciò ha comportato l'individuazione in ambito provinciale di Centri Specialistici deputati alla prescrizione di tali dispositivi con i quali sono stati condivisi criteri clinici e modalità operative.

Tra le principali azioni innovative realizzate nel corso del 2008 si sottolineano le seguenti:

1. Con atto deliberativo n. 426 del 10 luglio 2008 è stato formalizzato il "Protocollo per la fornitura di plantari e calzature ortopediche". Diventato poi operativo a partire dal 1 ottobre 2008. Il documento è stato diffuso alle Direzioni Sanitarie delle Strutture Sanitarie Erogatrici, a tutti gli specialisti prescrittori, competenti per patologia e a tutte le ditte ortopediche iscritte nell'Albo Fornitori aziendale.
2. Con Deliberazione del Direttore Generale N.347 del 29 maggio 2008 è stata stipulata la Convenzione tra ASL della Provincia di Varese e l'Associazione Italiana Laringectomizzati per la concessione e distribuzione agli aventi diritto di ausili per laringectomizzati non inclusi nel Nomenclatore Tariffario con conseguente ritiro degli aspiratori tracheali a suo tempo forniti dall'ASL e non più utilizzati; ha preso avvio la distribuzione da parte dei Centri AILAR presenti in Provincia degli ausili oggetto di convenzione e il contestuale ritiro degli aspiratori non più utilizzati.
3. Nell'ambito dell'attività di Risk Management, è stata predisposta una procedura volta a prevenire e a monitorare eventi dannosi legati all'utilizzo di ausili erogati in comodato gratuito agli utenti.

4. Si è proceduto all'aggiornamento dell'iter diagnostico – terapeutico per la VDM in favore di soggetti affetti da disturbi respiratori sonno – correlati, attualmente in vigore nell'ASL di Varese. Il nuovo documento, elaborato con la collaborazione dei Centri Specialistici che, in Provincia, sono impegnati nella diagnosi e terapia di tali patologie sarà formalizzato dall'ASL con nuovo atto deliberativo e diventerà oggetto di contrattazione con le strutture erogatrici per l'anno 2009.
5. Si è proceduto all'attività ispettiva, nel rispetto delle nuove "Linee guida per la fornitura di plantari e calzature ortopediche", presso tutte le ditte ortopediche iscritte nell'elenco fornitori

### Azioni per l'anno 2009

Per l'anno 2009 si intende proseguire il lavoro intrapreso con gli specialisti prescrittori, finalizzato ad una sempre maggiore appropriatezza clinica di utilizzo dei presidi /ausili, attraverso le seguenti azioni:

1. Prosecuzione dell'attività di monitoraggio delle prescrizioni predisposte con modalità non conforma a quanto previsto dalla normativa
2. Attività di formazione rivolta ai prescrittori su dispositivi protesici ritenuti ad elevato rischio di inappropriatazza
3. individuazione, in collaborazione con le Direzioni Sanitarie delle Strutture Erogatrici, di Centri Specialistici deputati alla prescrizione di dispositivi per i quali è indispensabile un approccio multidisciplinare ( es. protesi d'arto, ortesi per il piede diabetico). Per le protesi acustiche l'ASL di Varese, già dal 2005, ha inserito nell'elenco aziendale esclusivamente specialisti operanti in strutture dotate di risorse strumentali e professionali che garantissero l'applicazione delle Linee Guida. Tale approccio è in linea con il percorso di revisione del processo di erogazione di ausili e presidi, messo in atto dalla Direzione Generale e Sanità della Regione Lombardia e che vedrà nel 2009 alcune ASL lombarde impegnate nella fase sperimentale.
4. In previsione dell'entrata in vigore delle nuove modalità di gestione del processo, s' intende sperimentare con l'AO di Busto A. e l'Area Distrettuale di Busto A., l'iter completo già previsto dal programma ASSISTANT, con informatizzazione del percorso a partire dalla prescrizione. Come già precedentemente citato, si è provveduto alla realizzazione del collegamento dell'ambulatorio del Reparto Ospedaliero di Riabilitazione e Recupero Funzionale al programma di gestione della protesica (ASSISTANT ) e si è in attesa che SANTER proceda alla formazione degli utenti della nuova postazione, al fine di poter passare alla fase operativa.

Verrà, inoltre, continuata l'attività di monitoraggio e controllo sulle prescrizioni, sia a livello centrale che distrettuale, riservando particolare attenzione agli ausili oggetto di linee guida o protocolli operativi per verificarne l'efficacia e a quelli che maggiormente incidono sulla spesa protesica; proseguirà l'attività ispettiva presso le Ditte Fornitrici.

Nel 2009 prenderà avvio anche la nuova modalità di erogazione degli ausili ad assorbimento con consegna a domicilio da parte della ditta aggiudicataria della gara CONSIP per la Regione Lombardia.

Verrà continuato anche il lavoro di rete con le altre ASL della Regione Lombardia, iniziato in modo spontaneo da più di quattro anni, che ha permesso un proficuo scambio di esperienze e di informazioni, la condivisione di modalità di lavoro e di protocolli operativi, il confronto rispetto a scelte da attuare, con il risultato di una maggiore uniformità di comportamenti e l'acquisizione di un livello più alto di competenze. Il gruppo di lavoro delle ASL Regionali incentrerà la propria attività sulle azioni di miglioramento individuate dalle determinazioni regionali in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2009 e all'andamento della sperimentazione del percorso di revisione che coinvolgerà 4 delle 14 ASL Lombarde.

A questo proposito, l'ASL di Varese intende collaborare attivamente al processo di revisione stabilito dalla Direzione Generale Sanità, partecipando ai lavori del GAT Protesica Regionale per l'acquisizione di suggerimenti, protocolli, procedure che possono essere prese in considerazione nella definizione di nuove regole.

## **PIANO INTEGRATO PER LE ATTIVITÀ DI PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E CONTROLLO**

Il presente documento sintetizza quanto contenuto nel **PIANO INTEGRATO PER LE ATTIVITÀ DI PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E CONTROLLO**, allegato al Documento di Programmazione aziendale 2009, ed elaborato in coerenza con quanto indicato dalla D.g.r. n. VIII/008501 del 26 Novembre 2008 recante "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2009", con specifico riferimento all'Allegato 5 "Le attività di Prevenzione mediche e veterinarie della ASL"

La pianificazione prende avvio dall'analisi del contesto sotto il profilo epidemiologico e del territorio con l'intento di delineare le priorità di salute e le relative motivazioni. In particolare, vengono esaminate diverse variabili, con specifico riferimento alle caratteristiche demo-anagrafiche, sociali, sanitarie, economiche, culturali ed ambientali dell'area territoriale della ASL della Provincia di Varese. Fra i dati più significativi si richiamano:

- Provincia 1119 Km
- 141 Comuni
- Totale abitanti: 855560 (49% femmine; 51% maschi)
- Progressivo aumento della natalità e della popolazione anziana
- Popolazione straniera pari al 6.5% del totale dei residenti
- Tre cause di mortalità più frequenti sono le malattie cardiovascolari, i tumori e le malattie respiratorie. Le malattie che colpiscono precocemente, pesando maggiormente come anni di vita persi, sono i tumori, le cause violente e le malattie cardiocircolatorie, che in generale riconoscono in stili di vita inadeguati importanti fattori di rischio
- Importante è la quota di ricoveri per incidenti stradali

- L'occupazione è aumentata nell'ultimo decennio con tendenza alla stabilizzazione negli ultimi anni (2007: 59160 aziende; 276653 lavoratori); i settori più rappresentati sono l'industria (meccanica, tessile), i trasporti e la logistica (Malpensa), il settore edile, il comparto del terziario e dei servizi, il settore chimico-farmaceutico, la sanità
- La rete dei servizi sociali, sanitari, assistenziali è in genere ben sviluppata
- I consumi energetici sono in continua crescita ed elevata è la produzione di rifiuti annua
- Le maggiori problematiche legate all'inurbamento si riferiscono alla congestione da traffico, alla qualità dell'aria, al rumore, alle qualità delle strutture abitative
- Per quanto concerne l'area di interesse veterinario, tra le realtà produttive provinciali di maggiore importanza nel settore delle carni vanno segnalate due industrie, tutte ubicate nel sud del territorio, oltre a numerosi piccoli macelli di minore importanza e 6 macelli avicunicoli; non è da trascurare l'allevamento di animali di interesse zootecnico (bovini, ovini, caprini ed allevamenti avicoli); elevata è la produzione annua di latte ad uso alimentare

Dalla analisi qui brevemente riassunta, derivano gli obiettivi prioritari per le attività di promozione della salute, prevenzione e controllo per l'anno 2009:

- la promozione della salute attraverso l'attuazione di interventi di provata efficacia secondo criteri di rilevanza e modificabilità, perseguendo l'obiettivo dell'integrazione tra i diversi ambiti e strutture dell'ASL, dell'intersettorialità, attraverso il coinvolgimento dei diversi soggetti della comunità (Provincia, Ufficio Scolastico Provinciale, Comuni, Enti di Promozione Sportiva, Volontariato, ecc.) e dello stretto raccordo con i Piani di Zona. Tra gli interventi prioritari vi saranno, anche per l'anno 2009, in considerazione delle maggiori patologie riscontrate nel nostro territorio, gli interventi per la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità, per la promozione dell'attività fisica e per la prevenzione del tabagismo.
- la prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili nella popolazione attraverso il raggiungimento di adeguate coperture vaccinali per le vaccinazioni e per le coorti oggetto della proposta attiva vaccinale; la sorveglianza epidemiologica, la profilassi e il controllo delle malattie infettive, con predisposizione e diffusione di report periodici. Saranno approfondite, in particolare, le segnalazioni delle malattie infettive evitabili con la vaccinazione, di quelle con maggior impatto per numerosità di persone coinvolte o perché rappresentano eventi sentinella.
- la prevenzione delle patologie neoplastiche con screening, migliorando i programmi di screening del carcinoma della mammella, attivo nella nostra ASL dalla fine dell'anno 2000 ed ormai arrivato al quarto round e quello del carcinoma del carcinoma del colon-retto, di cui è stato completato a giugno 2008 il primo round ed è in corso il secondo, e implementando lo screening spontaneo del carcinoma della cervice uterina.
- gli interventi presso il sedime aeroportuale di Malpensa, per la prevenzione dei rischi ambientali, epidemici e di diffusione di malattie infettive, per la sicurezza dei lavoratori ed rischi legati alla preparazione, trasporto e consumo di alimenti sia da parte dei viaggiatori sia dei lavoratori coinvolti nelle operazioni connesse alla vita dell'aeroporto. A tale proposito assume particolare rilievo la collaborazione in atto tra l'ASL e la Sanità Aerea di Malpensa, avviata positivamente nel 2008.
- la promozione di azioni da parte dei soggetti interessati alla prevenzione e il contenimento delle infezioni ospedaliere, in relazione anche alle nuove disposizioni previste dalla Legge Regionale n. 38/2008.
- la prevenzione degli infortuni sui luoghi di lavoro e delle malattie professionali, con particolare riguardo ad alcuni settori considerati ad alto rischio di infortunio (edilizia, agricoltura, metalmeccanica, trasporti ...) e ad alcune problematiche trasversali a più settori (tumori professionali, stress e lavoro, patologie da sovraccarico biomeccanico) in relazione anche al fatto che la Provincia di Varese presenta una realtà territoriale complessa, nella quale coesistono piccole realtà produttive, spesso a conduzione individuale o familiare, e importanti poli produttivi, spesso ad alto rischio specifico (industria chimiche, grandi cantieri ecc.). E' importante evidenziare che gli obiettivi di prevenzione si raggiungono anche attraverso una sinergia di tutti gli attori di sistema, il cui confronto avviene nell'ambito del Comitato Provinciale di Coordinamento, previsto dall'art. 7 del Decreto Legislativo n. 81/2008.

L'attività di prevenzione degli infortuni sui luoghi di lavoro dovrà tenere conto di questa poliedricità di aspetti e sarà indirizzata non solo alla repressione degli illeciti, ma anche alla prevenzione delle situazioni di potenziale rischio, anche di natura comportamentale quale l'uso di alcool e di droghe in ambienti di lavoro.

- la prevenzione e la tutela della salute negli ambienti di vita, aperti e confinati, ivi comprese le problematiche correlate ad un corretto sviluppo territoriale, di igiene urbana e del rapporto salute-ambiente; in particolare, verrà curato il rapporto con le Amministrazioni Comunali per la valutazione degli strumenti di pianificazione territoriale (Piani di Governo del Territorio, Valutazioni Ambientali Strategiche, ecc.), delle problematiche relative alle acque di balneazione e dei fattori di rischio ambientale (infestanti biologici, igiene dell'abitato, inquinamento elettromagnetico, ecc.); specifica attenzione verrà rivolta all'analisi del rischio per le DIA produttive e ai successivi interventi di controllo.
- la sicurezza alimentare attraverso il controllo delle tossinfezioni alimentari e in particolar modo delle salmonellosi, tenuto conto delle nuove abitudini come il consumo di pesce e latte crudo.
- la sorveglianza sull'importazione di alimenti e animali da Paesi extra CEE .
- la prevenzione e la tutela della salute dei consumatori, degli animali e dell'igiene urbana veterinaria attraverso l'introduzione/implementazione di metodologie di lavoro per la definizione delle priorità d'intervento in funzione del livello di rischio.
- la prevenzione della diffusione di malattie infettive degli animali da reddito attraverso l'intensificazione dei controlli negli allevamenti, nei trasporti e negli impianti di macellazione con particolare attenzione alle zoonosi emergenti.

Per ciascuna area di intervento, verranno definite nella specifica pianificazione le modalità di monitoraggio e di rendicontazione; in particolare, ritenendo necessario che le attività di prevenzione siano sempre più legate ad una efficacia dimostrabile e quindi generino un guadagno di salute per la popolazione, vengono sin d'ora individuati i seguenti indicatori di risultato, che andranno monitorati nel tempo:

1. andamento degli infortuni sul lavoro segnalati dall'INAIL, tra biennio 2006-2007 e 2008-1° semestre 2009 e verifica trend in diminuzione
2. variazioni di incidenza delle malattie trasmesse da alimenti tra biennio 2006-2007 e 2008-2009, e proporzione attribuibile a esposizione al di fuori dell'ambiente domestico, e verifica che non si concretizzino aumenti significativi
3. variazione della mortalità evitabile; in particolare verranno considerati gli scostamenti della ASL dalla media regionale per le seguenti cause:
  - tumori maligni delle prime vie aeree, dei bronchi e polmoni, per la correlazione col fumo di sigaretta, al radon o altri cancerogeni professionali, ecc.
  - tumori maligni della mammella, per la loro correlazione con le attività di screening
  - tumori maligni del colon-retto, per la loro correlazione con le attività di screening
  - malattie ischemiche del cuore, per la loro correlazione con gli stili di vita
  - traumatismi ed avvelenamenti, per la loro correlazione con i comportamenti alla guida, con particolare riguardo alla guida in stato di ebbrezza e sotto l'effetto di sostanze stupefacenti
  - saranno inoltre considerati i decessi per morbillo, per la correlazione con il piano vaccini

Si sottolinea come, in accordo con le indicazioni regionali, fra gli indicatori di risultato verranno comunque considerati i **trend spazio-temporali**, cioè le variazioni rispetto a periodi precedenti e le differenze con i valori medi regionali, più che i valori assoluti. Si rimanda, pertanto, per gli aspetti di dettaglio ai differenti documenti di programmazione aziendale nel settore della prevenzione e promozione della salute, in cui il Piano della Promozione della salute, prevenzione e controllo si sostanzia e dove gli obiettivi, i criteri, le procedure, gli indicatori ed il relativo monitoraggio, trovano la loro piena articolazione. In particolare, si intende riferirsi ai seguenti piani e programmi dell'area della promozione della salute, prevenzione e controllo della ASL della Provincia di Varese, in atto/che verranno aggiornati/elaborati per l'anno 2009:

- il **Piano Integrato delle attività di prevenzione e dei controlli 2008-2010 – pianificazione anno 2009**, dove vengono esplicitati le azioni volte ad elaborare ed applicare un sistema di pesatura delle attività soggette a controllo in relazione allo specifico livello di rischio, la definizione delle priorità d'intervento in funzione delle risorse disponibili, le modalità di svolgimento e di documentazione delle azioni di vigilanza, la definizione dei criteri di verifica e monitoraggio degli obiettivi programmati nel settore della prevenzione e del controllo negli ambienti di vita e di lavoro, della sicurezza alimentare e della sanità animale
- il **Piano integrato locale per gli interventi di promozione della salute – aggiornamento 2009**, dove vengono programmate le azioni volte alla promozione fra la popolazione provinciale di corretti stili di vita, con particolare riferimento agli interventi di lotta al tabagismo, promozione di una sana attività motoria e di corretti stili alimentari.
- il **Piano locale di vaccinazioni dei bambini e degli adulti**, comprensivo anche del **Piano per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita**
- il **Piano attuativo locale del Programma di Screening del carcinoma del colon - retto nella Provincia di Varese**
- il **Piano attuativo locale del Programma di Screening del carcinoma della mammella nella Provincia di Varese**
- il **Piano regionale per la sicurezza e salute negli ambienti di lavoro 2008/2010**” (Dgr n. 8/6918/2008)
- il **Piano integrato per il controllo della Salmonellosi (azione specifica per l'anno 2009)**

Da ultimo si sottolinea come tutti gli interventi effettuati saranno improntati su:

- uso oculato delle risorse a disposizione
- criteri di appropriatezza ed efficacia (secondo la logica Evidence based)
- massima integrazione, trasparenza e condivisione tra Dipartimenti, Servizi e Distretti e soggetti extraaziendali a vario titolo coinvolti nel sistema integrato della prevenzione (Comuni, ARPA, Provincia, Scuole, Associazioni di categoria, ecc.)
- adeguata formazione degli operatori

## **IL PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI**

Al fine di integrare tra loro le varie linee di intervento per tutte le aree oggetto di controllo l'ASL, ogni anno, approva il Piano dei Controlli previsto dalla DGR n.VII/15324 del 2003 e s.m.i. ed in linea con quanto stabilito dalla legge regionale n.8 del 02/04/2007 e della DGR n.VIII/4799 del 2007.

Il Piano dei Controlli è il principale strumento di programmazione di cui dispone l'ASL per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della mission aziendale.

Il piano annuale dei controlli si configura quindi come uno strumento che, oltre a definire le attività di controllo della spesa e di verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni, come ribadito anche nelle Regole 2009 Allegato 10, deve prevedere per l'anno 2009 la triplice finalità dei controlli la cui attività è tesa a:

- verificare che l'attività oggetto di contratto si svolga conformemente alle regole specifiche generali di settore;
- sollecitare gli erogatori al ripristino della regolarità della gestione;
- porre in essere, nel caso di rilievo di fatti meritevoli di approfondimenti per non conformità alle clausole contrattuali e/o alle regole di sistema, i provvedimenti conseguenti.

In relazione a ciò il controllo verrà organizzato sui seguenti tre livelli:

- 1 controllo sull'unità d'offerta, questa esigenza viene assolta attraverso il meccanismo dell'accreditamento e la verifica dei requisiti necessari per il suo ottenimento e mantenimento;
- 2 controllo sulla domanda assistenziale attraverso il controllo di appropriatezza e il coinvolgimento dei prescrittori
3. controllo sulle regole contrattuali, controllo relativo alle reciproche obbligazioni assunte con il contratto stesso.

Per ciò che concerne il Piano Controlli 2009, si terrà anzitutto in particolare conto delle "Regole di sistema 2009" (DGR 8501/08), che definiscono i principi che ispirano le attività dell'ASL anche nel settore della vigilanza e controllo sulle strutture sanitarie a contratto. L'integrazione con altre UU.OO. aziendali risulta importante per creare sinergie verso obiettivi comuni di prevenzione e per individuare alcuni principi comuni di scelta di campi d'intervento. E' opportuno in particolare ricercare possibilità di incontro con gli obiettivi del Piano di prevenzione integrato di cui alla C.R.- 19/SAN/08.

Si tratta quindi di stabilire alcuni principi di analisi, identificazione di priorità di vigilanza e controllo per l'anno 2009, che integrino le linee guida sul complessivo sistema di regole per le ASL, gli obiettivi aziendali, il Piano dei Controlli, il Piano integrato di Prevenzione. Un principio generale di analisi di contesto è sicuramente quello del rischio per il paziente, che risulta anche importante per il sostegno del processo di "risk management". Le attività di vigilanza e controllo 2009 potranno pertanto rivolgersi sia a processi di lavoro comportanti situazioni di rischio trasversale rilevante in varie strutture sanitarie (a puro titolo di esempio la sicurezza elettrica in attività di sala operatoria), sia, per ciascuna struttura, al tipo di attività più rischioso per il paziente (sempre a titolo di esempio la sicurezza per portatori di protesi metalliche in strutture che utilizzano RMN o di radioprotezione ai sensi del D.Lgs 187/2000). Questi profili di rischio risultano significativi anche per il personale operante, quindi anche per ciò che concerne gli obiettivi di prevenzione del Dipartimento di Prevenzione Medico. Anche la prevenzione delle infezioni nosocomiali, risulta un settore di sinergia fondamentale: si ribadirà pertanto l'importanza del proseguimento delle attività dei gruppi di lavoro finalizzate alla stesura dei tre protocolli operativi concordati con le Aziende Ospedaliere e le strutture di ricovero riabilitativo (lavaggio mani, prevenzione "import-export" infezioni, prevenzione delle antibioticoresistenze).

Si dovrà poi procedere, secondo prossime indicazioni regionali, al controllo sui tempi e sulle modalità di adeguamento ai requisiti strutturali e tecnologici generali di cui alla richiesta di dilazione ex DGR 6221/07 operata dalle Aziende Ospedaliere Pubbliche e Private.

Per il 2009 permane infine l'impegno ulteriore di mantenere la performance del Servizio Autorizzazione e Accredimento delle Strutture Sanitarie che prevede il controllo sul 95% delle strutture accreditate a contratto.

Una menzione particolare va fatta per l'appropriatezza delle prestazioni, per le quali continuerà il controllo dell'adeguatezza delle cure in ambito di ricovero per acuti in aree selezionate (appropriatezza organizzativa) e secondo indicatori regionali, nonché in ambito di assistenza riabilitativa e sulle prescrizioni di prestazioni specialistiche secondo LEA e Regole SSR per il 2009. Di interesse da parte dell'ASL sono i consumi di prestazioni soprattutto di alto costo, che devono seguire determinati percorsi diagnostico-terapeutici: la loro richiesta deve far parte, nella stragrande maggioranza di casi, di precisi sospetti diagnostici, onde evitare esami costosi e interventi medici inutili o di dubbia utilità. In questo campo non basta la proliferazione di linee-guida, se non contengono strumenti di misurazione, criteri di controllo, valutazione dei risultati e loro divulgazione nell'ottica della trasparenza e del miglioramento continuo, preferibilmente "tra pari". Le valutazioni di appropriatezza devono pesare nelle politiche d'acquisto delle prestazioni. Oltre che nell'ambito delle prestazioni diagnostico-terapeutiche, i controlli di appropriatezza sono importanti nell'ambito della prevenzione, in particolare nel comparto sanità già citato. Un maggiore impulso va fornito ai percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) riguardanti quelle patologie che hanno un maggiore peso sociale, come emerge dall'epidemiologia e dalla stessa BDA. Sarà attuato un metodo di controllo per una verifica dei PDT dei pazienti cronici, secondo i criteri e gli indicatori che la Regione, in collaborazione con le ASL, fornirà, come annunciato nelle Regole 2009, entro il 31.12.2008.

Nello specifico, rimangono vincolanti gli obiettivi quantitativi previsti dalla legge finanziaria 2009 e dalle regole di sistema 2009 della Regione Lombardia, che indicano il controllo di almeno il 10% delle prestazioni di ricovero erogate e del 3,5% delle prestazioni specialistiche.

A tal proposito si sottolinea che la stesura e l'attuazione del piano dei controlli coinvolge sia l'area dei servizi sanitari che quella dei servizi socio-sanitari, facendo riferimento ad un unico principio ispiratore dell'attività di controllo ASL che persegue l'equilibrio tra il rispetto della norma, la razionale e ragionata applicazione della stessa, ed il perseguimento tempestivo degli obiettivi di sicurezza per i cittadini che usufruiscono delle prestazioni erogate per conto del Servizio Sanitario Nazionale – Servizio Socio Sanitario Regionale. Nel Piano Controlli 2009, nel rispetto di quanto previsto dalla LR 8/07 e dalla DGR VIII/4799/07, si farà riferimento anche all'operatività dei Servizi di prevenzione volta al controllo delle attività e delle strutture che comportano un rischio per la salute delle persone, dei lavoratori e della popolazione. In linea con le indicazioni regionali sono predisposti Piani Integrati delle attività di prevenzione e dei controlli.

Detto Piano verrà elaborato applicando un sistema di pesatura delle attività soggette a controllo in funzione del rischio connesso con l'attività svolta secondo delle priorità d'intervento che derivano dall'analisi dei dati epidemiologici, dal contesto territoriale, dalla gestione di possibili situazioni emergenziali e dall'analisi critica dell'attività svolta e dei provvedimenti assunti negli ultimi anni dai Servizi e privilegiando interventi di provata efficacia.

## **TEMPI DI ATTESA E ACCESSIBILITA'**

### **PREMESSA**

Le problematiche relative all'accessibilità ai servizi e al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di carattere specialistico sia a livello ambulatoriale che di ricovero rappresentano aspetti di forte impatto sulla collettività, che è necessario governare al meglio per garantire equità ed efficacia di trattamento ai cittadini, a cui fornire risposte appropriate anche per quanto riguarda i tempi di erogazione. L'ASL della Provincia di Varese è impegnata in quest'ambito da tempo in coerenza con le normative nazionali e

regionali, recepite e contestualizzate a livello locale nel “Piano Attuativo Aziendale per il contenimento dei Tempi di Attesa” del 2007. Nel corso del 2008 si è proseguito nell’implementazione delle azioni previste in sinergia sia con i prescrittori che con gli erogatori.

## ATTIVITÀ SVOLTE

Nel corso del 2008 l’ASL ha concentrato la propria attenzione sui seguenti punti:

- **Monitoraggio:** Regione Lombardia ha modificato, nel corso dell’anno, sia le modalità di effettuazione delle indagini di prevalenza (Nuovo Software gennaio 2008), sia le modalità di trasmissione dei flussi relativi alle indagini di prevalenza sui tempi di attesa da parte degli erogatori, predisponendo un sito web dedicato, che consente l’invio diretto dei dati dalle strutture alla Regione; il ruolo dell’ASL si è quindi modificato, consentendo di dedicare maggiori risorse agli aspetti di governo dell’accessibilità ai servizi, in ambito provinciale. In quest’ottica si è predisposto e sperimentato, nel 2008, un sistema informatizzato di monitoraggio ed analisi nell’ambito del cosiddetto “Cruscotto aziendale”, al fine di fornire alla Direzione Strategica informazioni utili in termini di programmazione, acquisto e controllo.
- **Controlli:** sono proseguiti i controlli presso le strutture per la verifica del rispetto dei contenuti della normativa, per quanto attiene alla corretta gestione delle liste di attesa, al rispetto da parte degli erogatori delle indicazioni regionali in materia e dei contenuti contrattuali. Particolare attenzione è stata rivolta, come previsto dalla Legge Finanziaria 2006, alla disincentivazione della pratica di sospensione delle attività di prenotazione.
- **Attuazione contenuti Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006:** si è proceduto, secondo le indicazioni operative del livello regionale, a dar piena attuazione ai contenuti dell’Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006 in particolare per quanto attiene ai tempi di attesa per i ricoveri programmabili e le modalità da utilizzare per la sospensione delle attività di erogazione.
- **CCR regionale e Accessibilità ai servizi:** l’ASL ha provveduto a stipulare, nel rispetto della tempistica prevista (31.05.08), i contratti con le 3 Aziende Ospedaliere e le 20 strutture private accreditate operanti sul territorio provinciale aderenti al progetto Call Center Regionale. Inoltre sono state attuate tutte le azioni per lo sviluppo del CCR, secondo quanto previsto nei relativi piani e concordato negli incontri di coordinamento, in stretta collaborazione con il Polo Organizzativo. Particolare attenzione è stata posta agli aspetti di comunicazione ai cittadini, al fine di aumentare l’utilizzo di questo canale di accesso ai servizi, che presenta ancora margini di miglioramento.
- **Piano Attuativo Aziendale per il contenimento dei Tempi di Attesa:** è proseguita l’implementazione delle azioni previste nel Piano Attuativo Aziendale, apportando i miglioramenti atti a superare le criticità emerse in sede di monitoraggio e segnalate sia dagli erogatori che dai prescrittori, tenendo conto anche delle informazioni deducibili dall’analisi dei reclami in materia pervenuti all’URP. In particolare si è curato l’aspetto informativo nei confronti dei prescrittori per fornire chiarimenti rispetto alla normativa in vigore, per alcuni aspetti particolarmente complessa, e gli erogatori sono stati supportati, approfittando, tra l’altro, degli incontri di presentazione delle innovazioni previste da Regione Lombardia, per ribadire e chiarire aspetti relativi alla tematica dell’accessibilità ai servizi sia in ambito normativo che organizzativo. Le numerose iniziative già intraprese dall’ASL in tema di razionalizzazione dei percorsi diagnostico assistenziali sono state, nel corso del 2008, perfezionate ed ampliate, favorendo, tra l’altro, una maggior responsabilizzazione sia dei prescrittori che degli erogatori, anche con la fornitura agli erogatori privati accreditati del ricettario unico per prescrizioni relative ad alcune patologie croniche, nell’ambito di PDT condivisi. Si sottolinea, tra l’altro, che tutte le iniziative intraprese hanno sono state implementate in stretta collaborazione con tutti gli attori di sistema e concordate ai vari tavoli sia tecnici che strategici su base provinciale.

## PROGRAMMAZIONE ANNO 2009

In ottemperanza a quanto previsto dalle “Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’anno 2009” e tenuto conto delle criticità riscontrate attraverso il monitoraggio dell’implementazione del “Piano Attuativo Aziendale per il contenimento dei Tempi di Attesa” della ASL della Provincia di Varese, le attività previste per il 2009 si concentreranno sui seguenti punti:

- **Piano Attuativo Aziendale per il contenimento dei Tempi di Attesa:** come previsto dalle “Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’anno 2009” si procederà, nel rispetto della tempistica prevista, all’aggiornamento del Piano Attuativo Aziendale, al fine di attualizzarlo a partire dalle criticità riscontrate e dai nuovi scenari emergenti in campo nazionale, regionale e locale. A tal proposito, si sottolinea che l’analisi dei dati di monitoraggio dei tempi di attesa delle **prestazioni ambulatoriali** ha confermato quali **punti di criticità** a livello provinciale l’area cardiovascolare, la diagnostica per immagini di maggior complessità ed in particolare la RMN cerebrale ed alcune visite specialistiche molto richieste. Tuttavia la situazione appare diversificata nelle diverse aree della provincia che, come noto, presenta una rete d’offerta sanitaria storicamente caratterizzata da un sostanziale sbilanciamento a favore dell’area sud-orientale. Inoltre l’analisi comparata degli utenti in attesa negli anni 2007 e 2008 ha mostrato, per quanto attiene alle prestazioni oggetto di specifica contrattazione con le strutture erogatrici, un aumento, in qualche caso significativo, del numero di cittadini in attesa, a fronte di un incremento di produzione; tale considerazione conferma la necessità di intervenire non solo in termini di incremento di prestazioni erogate, per altro necessario per alcune fattispecie e in alcune aree provinciali, ma in termini organizzativi, proseguendo nella definizione di nuovi **PDTA** e nel perfezionamento di quelli esistenti sia al fine di migliorare l’appropriatezza prescrittiva e di risposta alla domanda espressa, sia al fine di facilitare la libera scelta del cittadino/utente e il suo percorso nella rete dei servizi. A tal fine dovrà essere dato ulteriore spazio alle iniziative di **comunicazione istituzionale** atte ad informare il cittadino di tutte le opportunità di accesso ai servizi offerte dal SSR e disponibili a livello provinciale. Per quanto attiene alle **prestazioni di ricovero** sono confermate criticità, anche se in progressivo miglioramento, per gli interventi di protesi d’anca presso l’AO Macchi, con particolare riferimento all’Ospedale di Varese che si configura come punto d’eccellenza in quest’ambito; inoltre, anche se dalle indagini di prevalenza regionali non emergono particolari criticità nell’area degli interventi oncologici, si intende mantener viva l’attenzione in quest’ambito così delicato, per altro oggetto di confronto continuo a livello provinciale.

- **Monitoraggio:** verranno ulteriormente perfezionate le modalità di monitoraggio in essere a livello locale, in particolare migliorando l'estrazione di dati relativi ai tempi di attesa da 28/SAN. Ci si prefigge di definire dei flussi informativi quanto più possibile standardizzati rivolti sia alla Direzione Strategica sia alle unità organizzative dell'ASL interessate.
- **Controlli:** proseguiranno e verranno perfezionati i controlli presso le strutture per la verifica del rispetto dei contenuti della normativa, sia dal punto di vista della corretta gestione delle liste di attesa, che del rispetto da parte degli erogatori della normativa in materia e dei contenuti del Piano Attuativo Aziendale.
- **Attuazione contenuti Intesa Stato-Regioni:** si procederà, secondo le indicazioni operative del livello regionale, a dar piena attuazione ai contenuti dell'Intesa Stato-Regioni.
- **CUP regionale e Accessibilità ai servizi:** proseguirà, secondo la pianificazione stabilita e condivisa ai tavoli regionali e locali, l'attività di supporto e monitoraggio, in raccordo con il Polo Organizzativo, delle attività connesse al Call Center Regionale. Più in generale sarà posta particolare attenzione a favorire, a livello locale, l'implementazione dei nuovi canali di accessibilità ai servizi che erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali resi disponibili ai cittadini dal CRS-SISS. Sarà inoltre necessario supportare il Polo Organizzativo nelle attività di analisi e valutazione inerenti le agende messe a disposizione dei servizi di prenotazione e le disponibilità di appuntamenti effettivamente utilizzabili dai diversi canali di accesso ai servizi messi a disposizione dei cittadini, nell'ambito del progetto CCR. Proseguiranno anche le iniziative informative al fine di incrementare ulteriormente l'utilizzo di tali canali, in particolare nel nord della provincia, poco propensa, al momento, alla prenotazione telefonica.

## INDICI DI OFFERTA E NEGOZIAZIONE

**Dall'analisi del contesto epidemiologico,** si conferma che nel corso dell'anno 2008 nell'ASL della Provincia di Varese è stato rispettato l'indice fissato dall'Intesa Stato Regioni per quanto attiene al numero di posti letto per 1000 abitanti posti a carico del SSR, compresa la riabilitazione, con un indice pari a 4,1 posti letto attivi per 1000 abitanti (di cui 3,37 per acuti e 0,76 per la riabilitazione), rispetto al 4,7 accreditati (di cui 3,7 per acuti e 1 per la riabilitazione). Inoltre attraverso lo strumento della negoziazione si è migliorata l'accessibilità alle prestazioni specialistiche, anche se permangono criticità in alcune aree per alcune tipologie di prestazioni quali, in particolare, la diagnostica per immagini ad alta tecnologia (RMN, TAC) e le prestazioni dell'area cardiovascolare e oculistica.

In relazione a quanto esposto e alle indicazioni contenute nelle Regole di Sistema 2009, utilizzando la leva della negoziazione, l'ASL individua le seguenti azioni da intraprendere coinvolgendo le strutture pubbliche e private accreditate, secondo competenza:

- tendenziale riequilibrio delle capacità d'offerta, che appare ancora scompensata tra la parte nord e sud della provincia;
- riduzione delle liste d'attesa, soprattutto per quanto attiene alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- riduzione di alcune aree di mobilità passiva per i ricoveri;
- miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni, con particolare riferimento al coinvolgimento dei prescrittori;
- mantenimento del tasso di ospedalizzazione sul valore di 175 ricoveri per 1000 abitanti e dell'indice dei posti letto per 1000 abitanti entro il 4,5, considerando anche l'utilizzo dei posti letto contrattualizzati dell'area riabilitativa, in accordo con le linee d'indirizzo regionali;
- potenziamento della rete dell'Emergenza-Urgenza, in particolare nell'area del sud Verbano e del Ticino;
- maggiori risorse (valorizzazione) per attività di ricovero per le quali si registra una carenza di offerta sulla base delle informazioni deducibili dal contesto epidemiologico di riferimento (ad esempio, in campo oncologico ricoveri per chemioterapia e per linfomi);
- potenziamento della rete dell'offerta psichiatrica attraverso il perfezionamento del percorso già iniziato nel 2008 con la contrattualizzazione di strutture di residenzialità leggera e comunità protette a bassa e media intensità, in attuazione del Piano già deliberato dall'ASL e ora all'attenzione della Regione Lombardia.

Le patologie per cui sono più elevati gli anni di vita persi (malattie cardiovascolari, tumori, patologie traumatiche) sono senz'altro da privilegiare.

Considerando l'**appropriatezza**, si ricordano qui alcuni ambiti di applicazione, per i quali si rimanda più in dettaglio al Piano dei Controlli:

- riguardo ai ricoveri, va mantenuta l'attenzione sia sull'appropriatezza generica-organizzativa nell'utilizzo delle risorse ospedaliere in ambito di ricovero ordinario verso altri ambiti assistenziali più adeguati (attività di Day Hospital o di assistenza specialistica ambulatoriale), sia sull'appropriatezza specifica attraverso l'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici, concordati con gli erogatori e/o i prescrittori (ad esempio OSAS, diabete mellito, artrite reumatoide etc.) o contemplati nelle linee di programmazione del prossimo triennio (tumore maligno della mammella, scompenso cardiocircolatorio, etc);
- riguardo alle prestazioni specialistiche, dal profilo produttivo storico risulta ancora un eccesso di prestazioni specialistiche di terapia fisica e riabilitativa, nonostante l'adozione di un PDT specifico, rispetto al quale sono previsti ulteriori margini di miglioramento, sostenuto da una maggiore azione di controllo. Viceversa il consumo di prestazioni specialistiche in ambito ortopedico e oncologico risulta ancora carente: basti pensare che, escludendo la mobilità passiva extraregionale, nel primo semestre 2008 solo l'8,3% delle prestazioni specialistiche complessive dei residenti viene erogato fuori provincia, a fronte del 15,2% di quelle ortopediche e del 22,6% di quelle oncologiche. Carente pure la richiesta di RMN soddisfatta dalle strutture provinciali, e ciò si verifica in particolare nell'area nord-ovest della provincia nel corso del 2007;
- gli effetti di appropriatezza derivanti dall'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici in continuità assistenziale tra medicina primaria e specialistica (vedi, ad esempio, quelli relativi a pazienti diabetici, ipertesi etc.) andranno misurati nel

reale impatto di consumi di prestazioni e di eventuale risparmio di risorse che ne deriva in termini di prestazioni specialistiche e ricoveri evitati.

Considerando lo *squilibrio tra domanda e offerta* che esiste nella nostra provincia, da anni è noto come il tasso di ospedalizzazione sia più ridotto nella parte settentrionale. Ciò deriva da una minore offerta di posti letto ed una minore presenza di strutture private accreditate, oltre a fattori geomorfologici, ad attitudini diverse dei cittadini e a diversi comportamenti prescrittivi dei professionisti. Va proseguito il potenziamento della rete d'offerta, in particolare nei Distretti di Luino, Cittiglio e Sesto Calende, tenendo conto degli elementi descritti nei precedenti paragrafi su mobilità passiva, liste d'attesa e appropriatezza.

Tutti questi criteri sono stati utilizzati durante le attività negoziali con gli erogatori nel corso del 2008, ma trattandosi di "nodi" di sanità pubblica di risoluzione difficoltosa in tempi brevi, permangono nella loro attualità anche per il 2009, visti inoltre gli esiti del monitoraggio della negoziazione effettuata, frutto tra l'altro di una attenta analisi da parte dell'ASL.

*Nella contrattazione con le strutture erogatrici saranno inoltre considerati, adattandoli alle caratteristiche specifiche di ciascuna, i seguenti principi mutuati dalle nuove regole di governo della sanità lombarda:*

- *mantenimento del tasso di ospedalizzazione complessivo (ordinario+DH), con particolare attenzione rispetto all'area sud orientale, finalizzato a raggiungere l'obiettivo comune di 175 x 1.000 (abbattuto del 20,7%, che corrisponde alla quota di mobilità passiva extraprovinciale);*
- *allineamento tendenziale del profilo d'offerta riabilitativa all'indice di 1 posto letto per 1000 abitanti;*
- *rispetto dei flussi informativi previsti dalla normativa nazionale e regionale;*
- *produzione di prestazioni di numerosità congrua al rispetto degli obiettivi di prevenzione secondaria fissati per gli screening oncologici;*
- *rispetto delle direttive regionali in materia delle prescrizioni farmaceutiche relative al File F e perfezionamento nonché ulteriore diffusione di prontuari farmaceutici delle dimissioni ospedaliere nell'ottica del miglioramento della continuità assistenziale;*
- *distribuzione diretta da parte delle AA.OO. sia di farmaci ricompresi nel PHT (tipologia 6 di file F) come i farmaci a base di interferone alfa a pazienti affetti da HCV, sia di farmaci alla dimissione (tipologia 11 di file F) in particolare per i pazienti oncologici (tra cui ad esempio eparina, epoetina, fattori stimolanti le colonie, antiemetici, etc)*
- *diffusione dei farmaci non coperti da brevetto, reiterando le azioni atte a promuoverne la prescrizione da parte dei prescrittori stessi, con particolare riguardo ad alcuni ATC;*
- *promozione di PDT condivisi per un uso appropriato di farmaci in patologie croniche ad alto costo;*
- *implementazione del protocollo sperimentale relativo all'area della riabilitazione ambulatoriale e perfezionamento, con applicazione, di protocolli relativi a: odontoiatria, diagnostica per immagini ad alta tecnologia (RMN, TAC) e area cardio-cerebrovascolare;*
- *produzione di prestazioni di ricovero (maggiore valorizzazione) in linea con le risultanze scaturite dal confronto tra il case-mix prodotto e il bisogno territoriale ed in particolare, considerate le seguenti analisi:*
  - *il consumo di interventi per protesi dell'anca nell'Area Nord (Aree Distrettuali di Laveno e di Varese) risulta, da dati recenti, più adeguato ai bisogni dei cittadini; l'ASL è passata da un consumo di 0,95 per 1.000 assistibili pesati del primo semestre 2007 a 1,02 del primo semestre 2008; la migrazione extraprovinciale andrebbe ridotta di 3-4 punti percentuali, risultando non accentuata nell'Area Nord per una maggiore adeguatezza dell'offerta, e sovrapponibile a quella dell'Area Centro (Aree Distrettuali di Sesto Calende e Gallarate); nell'area Sud (Aree Distrettuali di Busto Arsizio e di Saronno) l'offerta di interventi per protesi d'anca, sufficiente per i bisogni locali, mostra una migrazione extraprovinciale più elevata rispetto a quella dell'intera ASL.*
  - *per quanto riguarda le procedure di coronarografia in regime di ricovero, nonostante alcune aree di criticità nei tempi d'attesa, non si rileva una significativa mobilità passiva, mentre nell'Area Sud l'eccesso di consumo è prevalentemente appannaggio di una maggiore mobilità passiva che risente della vicinanza delle strutture erogatrici del milanese.*
  - *per i ricoveri per tumori maligni della mammella e del colon-retto, a fronte di bisogni epidemiologici rilevanti e di tempi d'attesa ancora non ottimali, in tutte le aree è indicato un potenziamento della rete d'offerta.*