

**Documento**  
**di**  
**“PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO**  
**DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI”**  
*(D.G.R. n. 10804 del 16 dicembre 2009)*

**Anno 2010**

# **PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO DEI SERVIZI SANITARI**

**Anno 2010**

## INTRODUZIONE

Lo scenario di sanità pubblica che si profila nella prima decade degli anni 2000, è caratterizzato da un insieme di elementi, alcuni dei quali vengono di seguito appena accennati.

*Un primo elemento è dato dall'invecchiamento della popolazione*, che è sempre stato interpretato come un aggravio di cure e risorse per il SSN. In realtà, l'invecchiamento della popolazione è anche un risultato di salute, e se si guardano i consumi di prestazioni degli anziani è vero che aumentano, in particolare quelli di farmaci e prestazioni specialistiche, ma si accompagnano anche ad una diminuzione dei ricoveri. Inoltre diversi studi sui costi dei pazienti nei mesi prima della morte indicano che la spesa, per identiche patologie, è minore nei soggetti anziani rispetto ai soggetti giovani.

Ci sono studi di economia sanitaria che indicano chiaramente che più che la condizione di invecchiamento pesa sulla spesa sanitaria il grado di diffusione delle malattie croniche. *Un secondo elemento di notevole importanza è che il numero di pazienti con malattie croniche (cardiache e tumorali innanzi tutto, ma anche il diabete, le malattie respiratorie, neurologiche e gastrointestinali) aumenta ogni anno*: si stima che l'aumento annuo sia di oltre il 4%, ben oltre l'invecchiamento, e che la spesa per pazienti cronici (solo costi diretti) sia circa 3 volte quella per pazienti acuti. *La sanità, già di fatto, impiega più risorse per i pazienti cronici*, ed è qui che bisogna soprattutto intervenire e prestare attenzione. In generale, in provincia di Varese i consumi di ricoveri (tassi di ospedalizzazione) diminuiscono, come anche i consumi dei farmaci (anche se a fronte di un aumento della spesa relativa), mentre si registra un aumento di esami specialistici.

*I bisogni sanitari diventano dunque sempre più territoriali*, perché l'ospedale entra in gioco fondamentalmente per i trattamenti acuti, mentre sul territorio e su adeguate strutture che vanno senz'altro potenziate ricade l'assistenza quotidiana dei pazienti cronici. Anche i livelli essenziali di assistenza si spostano verso il territorio, ed è qui che probabilmente è necessario investire più di quanto non si sia fatto finora, favorendo, tra l'altro, l'integrazione tra la medicina territoriale e quella specialistica in un'ottica di continuità ospedale/territorio che presenta ancora un ampio margine di miglioramento. *La "territorializzazione" dei bisogni sanitari necessita di maggior programmazione*, per evitare di lasciar eccessivo spazio al mercato o all'invasione di alcune branche specialistiche che cercano spazi diventati troppo stretti in ospedale.

*In questi anni è cambiato anche il paziente*, che è più informato, più attento ai problemi di salute, ma a volte anche più disorientato, vista la congerie di informazioni che riceve da fonti diverse e con indicazioni contrastanti. La giusta autonomia di scelta del paziente si traduce in una libertà di scelta che deve però essere supportata da un'adeguata competenza e da una sufficiente capacità di discernimento nella selva di informazioni circolanti. Il rapporto di fiducia tra medico e paziente è ciò che può aiutare maggiormente il cittadino nelle scelte sulla sua salute. Se, per qualsiasi ragione tale rapporto non è corretto o manca, il paziente fa da sé, con elevate probabilità di scelte sbagliate, cercando, a volte risposte in soluzioni e medicine alternative che non sono a priori errate ma di cui nella maggior parte dei casi sono ignoti i risultati. *La corretta comunicazione dei risultati delle scelte e dei trattamenti medici è quello che oggi persegue la cosiddetta medicina basata sulle prove di efficacia*, e in questo ambito ci pare la migliore soluzione, a cui dovrebbero attenersi *in primis* gli operatori sanitari.

Un altro problema attuale è dato dalla spinta tecnologica ai consumi sanitari. C'è una sorta di squilibrio tra i continui ritrovati della ricerca medica, la richiesta sempre maggiore di prestazioni sanitarie e il reale guadagno di salute. *E', pertanto, indispensabile che la risposta ai bisogni di salute sia sempre ispirata a principi di appropriatezza nella richiesta di prestazioni*, e non ad altre logiche che non mettano al centro il paziente, e che rischiano di accrescere i falsi positivi, ossia presunti malati, che in fondo sono sani, che pesano sulla collettività e sovraccaricano i servizi sanitari con fenomeni sempre meno tollerati di allungamento delle liste di attesa. Le liste di attesa, paradossalmente, diventano un sistema di razionamento delle risorse, che nella maggior parte dei casi funziona, diluendo il numero di richieste improprie, ma che qualche volta può causare ritardata assistenza in cittadini realmente bisognosi. Anche in campo preventivo non mancano gli elementi di riflessione; l'implementazione delle *campagne di screening*, per esempio, va intesa in senso complementare e non sostitutivo della prevenzione primaria, che si prefigge non solo di anticipare la diagnosi ma di combattere e ridurre i fattori di rischio.

Non va inoltre dimenticato che l'equità di accesso è fondamentalmente ostacolata, dicono i più recenti studi epidemiologici, da fattori socioeconomici come il grado di istruzione e il tipo di attività lavorativa. *L'attenzione alla salute e a stili di vita per essi vantaggiosi è maggiore negli strati sociali più avvantaggiati*, dove si determina un rischio del 20-30% in meno di ricorrere a ricoveri o di morire per alcune importanti malattie. Attualmente chi smette di fumare appartiene più facilmente alle fasce di popolazione con livello socioeconomico più elevato.

Nel campo delle prestazioni di emergenza e urgenza, in particolare per gli incidenti cardiovascolari, *vanno maggiormente tutelate le aree montane o lontane da grossi ospedali, supportandole con sufficienti ed efficienti mezzi di trasporto* che assicurino in brevi tempi terapie salvavita, non sempre disponibili negli ospedali periferici. Ancora oggi, contrariamente a quanto il nostro sapere ambientalista ci possa indurre a pensare, la mortalità generale è più elevata nelle zone di montagna e di campagna, rispetto alle aree metropolitane. Anche la tutela della *privacy*, per altro sacrosanta, deve difendere, in campo sanitario, il cittadino dall'invasione delle proposte commerciali private, ma non deve ostacolare le necessità delle funzioni pubbliche come la sanità.

Questi elementi (invecchiamento della popolazione, trattamento dei pazienti cronici, programmazione delle attività territoriali, chiarezza nei rapporti tra ospedale e territorio, miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni, miglioramento del rapporto fiduciario tra medico e paziente, miglioramento dell'accesso ai servizi sul piano sociale e organizzativo, la questione della privacy) sono alcuni degli argomenti più importanti su cui la sanità pubblica anche della nostra provincia dovrà misurarsi nel prossimo futuro, fornendo proposte e risposte specifiche atte a migliorare le condizioni di salute della popolazione.

## IL QUADRO DEL SISTEMA PER L'ANNO 2010

Il nuovo Patto per la Salute 2010-2012, siglato tra Stato e Regioni il 23 ottobre 2009, riafferma il principio di una programmazione economico-finanziaria della spesa sanitaria coerente con il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica. Per l'anno 2010, nuovamente 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 2010 complessivamente a 16.340 milioni di euro (a fronte dei 16050 milioni di euro del 2009), 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%

In relazione a ciò la Regione finanzia le ASL, attraverso la determinazione sperimentale di costi standard territoriali, al fine di garantire e migliorare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul proprio territorio.

Per il 2010 il finanziamento di parte corrente per l'ASL di Varese è di Euro 1.017.647.000.

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 l'01 febbraio 2010.

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.10804 del 16 dicembre 2009, 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 consuntivo 2008 e al preconsuntivo 2009 alla luce delle indicazioni contenute nelle Regole di Sistema

TIPOLOGIA	2009	2010
	preconsuntivo	preventivo
DRG da pubblico e privato	435.178.000	445.324.000
Specialistica Ambulatoriale	152.478.000	166.699.000
Psichiatria	23.939.791	23.940.000
Neuropsichiatria infantile	6.557.656	6.558.000
Farmaceutica ter.le (comprensiva d.c.)	167.698.353	165.325.000
File F	39.502.000	47.780.000
Ass. Int. Protesica e dietetica	20.013.573	20.014.000

Per quanto attiene il bilancio preventivo 2010 lo stesso sarà predisposto sulla base dell'assegnazione regionale.

Compito dell'ASL sarà quello di verificare la coerenza e la competenza dei costi, segnalando separatamente la situazione dei diversi assistiti (residenti, domiciliati, stranieri appartenenti alla U.E. ed extracomunitari).

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 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 2010.

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 2009 e dalla capacità stessa dell'erogatore di garantire il massimo livello di appropriatezza di erogazione nel 2010. La valorizzazione delle attività di ricovero e cura viene calcolata sulla base del contratto 2009 incrementato del 1,5%.

Il calcolo del budget deve considerare, per ogni struttura, l'impatto dell'avvio della nuova macroattività chirurgia ambulatoriale e bassa complessità operativa ed assistenziale che trova piena compensazione, in termini di risorse che passano alla specialistica ambulatoriale, con una riduzione di pari entità della quota di risorse relative al ricovero e cura.

Per le attività di specialistica ambulatoriale occorre calcolare per le strutture interessate l'impatto dell'avvio della nuova macroattività "chirurgia ambulatoriale e bassa complessità operativa ed assistenziale", che troverà compensazione con la relativa riduzione di risorse nell'ambito del ricovero e cura.

Fatte salve le considerazioni sopra citate, per tutte le strutture l'assegnazione del budget 2010 per le attività di specialistica ambulatoriale verrà calcolato sulla base del finanziato 2009 a cui viene sommato il 30% della valorizzazione prodotta nel 2009 oltre la soglia del 106%, individuata sulla base dei dati di produzione al 31.10.2009 e portato al 95% a cui sono da aggiungersi un'ulteriore quota pari a 2 punti percentuali sulla base di progetti concordati al fine di ridurre i tempi d'attesa e migliorare l'appropriatezza delle prestazioni.

Tra il 97% ed il 103% di quanto finanziato nel 2010 al netto dell'extrabudget, sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 30%, e tra il 103% ed il 106% fino al 60%.

L'impegno ad erogare prestazioni a carico del S.S.R. vale fino a questa quota.

Per le strutture di riabilitazione specialistica, generale geriatrica e di mantenimento, si stabilisce per il 2010 un incremento tariffario pari al 2,7%.

### Area organizzazione e personale

La programmazione delle assunzioni nel 2010, una volta completate le procedure di assunzione relative al Piano 2009, si rivolgerà prioritariamente, nel rispetto dei limiti del fabbisogno di personale definiti dalla G.R., 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.

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 razionalizzare la spesa del personale, al cui contenimento l'ASL di Varese porrà particolare attenzione 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. Tali azioni risultano del tutto coerenti con le recenti disposizioni in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni di cui alla Legge 4.3.2009, n. 15 e successivo decreto legislativo n. 150 del 27.10.2009.

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.

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

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 ha 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 231/2001 per l'organismo di vigilanza.

L'attività nell'anno 2009 si è sviluppata in coerenza con i contenuti 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.

Il Piano di Valutazione per l'anno 2010 prevede l'impegno del Comitato in un lavoro di monitoraggio e aggiornamento del documento secondo le modalità suggerite dalle Raccomandazioni Professionali che si svilupperà altresì in un necessario adeguamento del Modello Organizzativo alla mutata realtà organizzativa aziendale frutto del vigente Piano Organizzativo Aziendale.

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.

### Risk Management

Anche per il 2010 l'ASL della Provincia di Varese intende continuare, in sintonia con quanto previsto dalla Circolare 46/SAN del dicembre 2004", nel processo aziendale di gestione del rischio.

Grazie a tale processo, 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, che è in sintonia con la *mission* aziendale è tesa ad avvicinare sempre più l'insieme delle prestazioni indirizzate all'Utenza agli standard di Joint Commission.

Nell'approccio alla gestione del Rischio l'ASL oltre a rispondere in modo positivo all'attuazione dei progetti regionali, rivolge una attenzione particolare all'azione formativa. Essa si sviluppa su tre livelli: il primo, di base, indirizzato al Personale e non solo a quello 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. Il terzo, infine, vede coinvolti un numero ristretto di Operatori che accedono ad una formazione finalizzata a renderli "facilitatori" nell'individuare eventi avversi potenziali ed a segnalarli al Risk manager ed ai diversi Responsabili per l'adozione delle idonee misure preventive. E ciò evidenzia ulteriormente l'approccio "proattivo" che l'ASL ha privilegiato nel processo di gestione di rischio e che ha nella scheda di segnalazione dell'evento avverso evitato il principale strumento operativo. L'uso della scheda di segnalazione 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 e trova motivazione nella "proporzione" di Heinrich che vede l'evento avverso al vertice di una piramide alla cui base stanno i molteplici eventi avversi potenziali.

## **IL PROGETTO SISS**

Il 2010 rappresenta l'anno di chiusura del contratto iniziale del progetto SISS e l'avvio di una nuova fase progettuale. A tal proposito la Giunta Regionale ha, con la DGR n. VIII/010031 del 07/08/2009 stabilito la prosecuzione del progetto SISS, affidando a Lombardia Informatica il ruolo di attuatore con specifici obiettivi (integrazione al SISS di tutti gli attori di sistema, FSE, sviluppo prenotazione CCR, dematerializzazione).

La Giunta Regionale ha altresì approvato con DGR n. VIII/010512 del 09/11/2009 la pianificazione di dettaglio per il periodo 2010-2012 che prevede, tra l'altro, la sottoscrizione entro gennaio 2010, di una convenzione a 3 (RL, Azienda, LISPA).

Sulla base del piano di dettaglio ciascuna azienda sanitaria definirà, con il supporto di LISPA, il proprio piano annuale SISS. Per le ASL si configurerà ulteriormente un ruolo di coordinamento della diffusione/utilizzo dei servizi SISS per tutti gli enti e gli operatori sociosanitari del territorio ed è previsto il consolidamento su tutto il territorio regionale del servizio di prenotazione tramite call-center regionale.

L'ASL di Varese continuerà quindi l'impegno per la realizzazione e la diffusione del Progetto secondo il proprio Piano Annuale definito con il supporto di Lombardia Informatica sulla base del Piano di Dettaglio, in cui verranno prioritariamente declinati obiettivi di ulteriore sviluppo del progetto in ambito aziendale e locale relativi a:

- diffusione/utilizzo del Servizio SISS per tutti gli Enti e gli operatori socio-sanitari del territorio provinciale al fine di garantire gli obiettivi strategici delle citate DGR
- evoluzione e integrazione nel SISS dei propri sistemi informativi
- specificazione dei valori degli indicatori di diffusione/utilizzo dei servizi SISS previsti dalla DGR n. VIII/010031 del 07/08/2009, oltre ai processi sanitari quali scelta e revoca, esenzioni, vaccinazioni, screening, ecc.

Al fine di monitorare l'attuazione dei contenuti dei Piani Annuali si terranno in ottemperanza alle indicazioni regionali opportuni incontri di Stato Avanzamento lavori.

Proseguiranno le attività atte a favorire il pieno coinvolgimento degli Erogatori Privati accreditati e delle RSA nel Progetto CRS/SSIS. Inoltre l'ASL si attiverà al fine di coordinare e stimolare le azioni necessarie a favorire il raggiungimento degli obiettivi prioritari del Progetto (FSE, sviluppo prenotazione CCR, dematerializzazione) a livello provinciale, con il progressivo e totale coinvolgimenti di tutti gli attori di sistema.

## **Evoluzione del 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'allegato 3 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 2010 continuerà il processo di revisione/integrazione delle procedure amministrativo-contabili interessate nel processo acquisitivo, seguendo gli indirizzi regionali di cui alla DGR n. 10804 del 16/12/2009.

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 2010, 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, legge 15/07/2009 n.94, D.L. 25/09/2009, L. 20/11/2009 n.94), l'ASI 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 2010 l'ASI 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 e Brianza per acquisto in forma consorziata cui ha successivamente aderito anche l'ASL di Mantova.

Con riferimento alla aggregazione degli acquisti, nel 2009 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 Lecco, Cremona, Mantova, Pavia, Sondrio, attraverso il conferimento di mandato all'ASL della Provincia di Lecco per l'espletamento della procedura di gara relative all'affidamento delle forniture di vaccino antinfluenzale;
2. 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” ;
3. Conferimento di mandato al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2 per l'acquisto di farmaci vari e farmaci pht;
4. 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 presidi per laringectomizzati;
5. 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 la fornitura di prodotti per dietetici;
6. 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 Bergamo per lo svolgimento di tutte le operazioni necessarie per l'acquisto di guanti meducali;
7. Gara consorziata con altre ASL 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 la fornitura di fattore IIV IIIV;
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 Lecco per l'acquisto di vaccini antinfluenzali;
10. 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 Varese per l'acquisto di ausili per disabili elenco n.2 del N.T. fornitura lotti 1.4.7 e 17;

Le iniziative aggregate che saranno intraprese nell'anno 2010, 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 2009 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 carta in risme per fotocopiatri, cancelleria* 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 DGR n. 10804 del 16/12/2009. “determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2010”, vista la previsione di calendarizzazione delle procedure che saranno esperite nel 2010, si prevede di aderire a diverse iniziative di sicuro interesse per l'ASL di Varese.

### Consip

Nell'anno 2010 l'ASL di Varese provvederà ad inviare, con cadenza semestrale, relazione sugli eventuali acquisti effettuati tramite convenzioni CONSIP.

### **Programmazione degli Acquisti**

Nell'anno 2009 si è provveduto ad una costante raccolta informatizzata dei dati relativi a tutte le tipologie di acquisto esperite nell'anno 2009 (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 2010. 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 2009, in applicazione dell'allegato 3 della DGR 8501/2008, 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 2010 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 2009 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;
3. Gara per il servizio di tipografia
4. Gara per acquisto di apparati di rete
5. Gara per acquisti di altre apparecchiature informatiche
6. Gara per l'acquisto di canule tracheostomiche
7. gara per l'acquisto per flaconi per la distribuzione di metadone

Nel 2010 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 DGR n. 10804 del 16/12/2009 "determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2010", 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 2009 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 2010 si procederà alla raccolta delle risposte pervenute ed alla vera e propria fase operativa del progetto.

## **LINEE DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

Con riferimento alla DGR 10804 del 16.12.2009 concernente le determinazioni per l'esercizio 2010 del servizio sanitario regionale, e in linea con gli indirizzi dell'ultimo PSSR della Lombardia, 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 2010 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. Utilizzando la Banca Dati Assistiti, si osserva che la spesa farmaceutica e quella per degenza ospedaliera sono correlate al carico di patologie croniche, mentre tale relazione non si riscontra per la spesa per specialistica ambulatoriale. 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, 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 2010. 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 dati di contesto ed i principali ambiti di applicazione delle linee programmatiche d'intervento nell'ASL della Provincia di Varese.

## **Il Quadro di contesto socio-economico**

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: 871268 (447035 femmine; 424233 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
- Gli infortuni sul lavoro tendono complessivamente a diminuire. Più lenta ed altalenante è invece la riduzione della quota di infortuni gravi. Nel 2009 si è comunque assistito ad una significativa riduzione dei casi mortali.
- L'occupazione è aumentata nell'ultimo decennio con tendenza alla stabilizzazione negli ultimi anni (2007: 59160 aziende; 276653 lavoratori); nel 2008 però e soprattutto nel corso del 2009 per effetto della crisi economica sono state chiuse molte piccole aziende e molte altre hanno ricorso ad istituti quali la cassa integrazione o la mobilità. Rimangono comunque tra i settori più rappresentati l'industria (meccanica, tessile), i trasporti e la logistica (Malpensa è stata ridimensionata ma rimane un grande insediamento), il settore edile, il comparto del terziario e dei servizi, il settore chimico-farmaceutico, la sanità. In aumento anche il fenomeno dei laboratori clandestini privi di requisiti di igiene e sicurezza
- 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 degli alimenti di origine animale vanno segnalate due industrie nel settore delle carni, due nel settore prodotti a base di latte, una nel settore prodotti ittici e una nel settore dei prodotti di gastronomia, oltre a piccoli macelli di minore importanza e a 5 macelli avicunicoli a carattere non industriale; 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

### Piano Salute Mentale

Nell'anno 2010 si confermano le linee di indirizzo definite nell'allegato alla DGR 10804 del 16/12/2009, 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 e verificare l'attuazione dei progetti di residenzialità leggera.

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 cui verranno riproposti anche per il prossimo triennio.

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 ulteriori specifici progetti finalizzati allo sviluppo di interventi coordinati tra più servizi di NPIA sul territorio e di percorsi diagnostico-terapeutici integrati, oltre che continuare quelli già avviati nell'area dell'adolescenza.

### 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 2009 mostrano come solo l'85% dei posti letti riabilitativi a contratto sono utilizzati (con carenza nella struttura pubblica).

Per quanto attiene all'area della riabilitazione specialistica ambulatoriale l'ASL proseguirà con le strutture erogatrici pubbliche e private accreditate la sperimentazione del Protocollo in essere.

Tuttavia la previsione di 0,7 p.l. x 1000 dell'Intesa Stato Regioni del 03.12.2009 (610 circa per 871.000 ab.) comporta che i posti letto effettivamente operativi sono da considerarsi già eccedenti (salvo, come già ricordato, il 5% di variazione e la non comprensività dei p.l. in via prevalente o esclusiva extraregione, secondo principi da definirsi).

Rimane aperta poi la questione relativa alle "Cure intermedie", che dovrà trovare soluzione nell'ambito della tematica sopra citata.

## 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; inoltre, un set di indicatori di monitoraggio dei LEA come sezione strategica di un cruscotto direzionale è stato preparato ed è in procinto di diventare operativo. 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 2010 sono le "Linee di indirizzo per l'aggiornamento dei Piani integrati di 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, partendo da una analisi accurata del contesto territoriale e dalla valutazione dello stato di salute della popolazione, ciascuno secondo le proprie specifiche competenze tecniche, riguardano:

- la promozione di sani stili di vita attraverso l'attuazione di interventi di provata efficacia, esplicitando i criteri, qualitativi e quantitativi, di scelta dei destinatari, consolidando la pianificazione delle attività dell'area promozione della salute con riguardo ai determinanti comportamentali (PIL),
- 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, con particolare attenzione alle patologie emergenti
- la prevenzione delle patologie neoplastiche con screening, migliorando i programmi di screening del carcinoma della mammella e del carcinoma del colon-retto con particolare riguardo ai requisiti di qualità, che verranno inseriti nei contratti con le Strutture Sanitarie coinvolte e implementando lo screening spontaneo del carcinoma della cervice uterina, attraverso l'individuazione della quota di donne che non ha effettuato nell'ultimo quinquennio alcuna prestazione e relative proposte innovative di "reclutamento"
- il controllo delle azioni di prevenzione messe in atto da parte dei soggetti interessati 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 dei consumatori e della presenza di ristorazione etnica
- gli interventi presso il sedime aeroportuale di Malpensa continuando gli incontri con USMAF e PIF
- la sorveglianza sull'importazione ed esportazione di alimenti da e per 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, limitando i controlli privi di evidenza di efficacia ed implementando le azioni di vigilanza sulle strutture a maggior rischio

- la prevenzione della diffusione di malattie infettive degli animali da reddito e d'affezione attraverso l'intensificazione dei controlli negli allevamenti, nei trasporti e negli impianti di macellazione con particolare attenzione alle zoonosi emergenti (compresa la rabbia)
- l'avvio di un progetto mirato alla individuazione delle potenziali criticità territoriali dal punto di vista dei rischi di esposizione della popolazione a contaminanti ambientali
- il completamento dello sviluppo e della applicazione dei sistemi informatici per i Dipartimenti di Prevenzione Medico e Veterinario
- la comunicazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute con particolare riferimento ai dati e alle attività svolte (mantenimento/attivazione interfacce con il pubblico, relazione sugli interventi effettuati)

Rimane come obiettivo principale quello dell'integrazione, attraverso la definizione di modalità uniformi di programmazione, attuazione, documentazione e rendicontazione delle attività di controllo e come scambio di informazioni, allineamento dei sistemi di raccolta, elaborazione dei dati e coordinamento delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione Medico e Veterinario, coinvolgendo il più possibile altri Enti come Provincia, Comunità Montane, Comuni, ARPA e SEA.

Proseguirà l'investimento sulla formazione del personale dei Dipartimenti coinvolti, sempre attraverso formazioni mirate e certificate.

### 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-acute, 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 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, nell'ottica della continuità delle cure ed integrazione ospedale - territorio. 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 (32% del totale della spesa).

L'offerta territoriale è costituita, oggi, dalla presenza di **598** Medici di Medicina Generale, **117** Pediatri di Libera Scelta e **131** Medici di Continuità Assistenziale e, per quanto riguarda le Farmacie, da **174** Farmacie Private, **35** Farmacie Pubbliche, **19** Dispensari Farmaceutici e **22** Parafarmacie.

Gli obiettivi che si intendono perseguire nel corso del 2010 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
- Ampliamento della distribuzione per conto di farmaci, secondo i nuovi indirizzi regionali, e della distribuzione diretta, sia tramite l'ASL che le Aziende Ospedaliere con l'obiettivo di ridurre al minimo la distribuzione in convenzionata dei farmaci PHT
- Piena adesione al Progetto di collegamento CRS/SISS
- Proseguimento dei Progetti già in corso (Diabete Mellito, Rischio Cardiocerebrovascolare, Ospedale-Territorio, Oncologia)
- Promozione di sani stili di vita
- Continuità dell'assistenza Telesorveglianza

### 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 2010.**

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.

## 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 2008, secondo quanto comunicato dalle anagrafi dei 141 comuni della provincia, risultano 424.233 maschi (48,7%) e 447.035 femmine (51,3%) per un totale di 871.268; al 31.12.2008 la popolazione assistita era pari a 868.256. La popolazione residente nell'ASL ha un indice di invecchiamento del 20,5%; nel 2007 era di 20,3, superiore al dato lombardo di 19,8 e nazionale di 20,0 (dati Istat: Fonte HFA – Health for All 2008).

I Distretti che affrontano il maggior peso dell'invecchiamento sono quelli di Varese, Busto Arsizio e Sesto Calende.

Riguardo alla mortalità, dagli ultimi dati Istat (Fonte HFA – Health for All 2008) riferiti all'anno 2001, il tasso grezzo per malattie cardiocircolatorie nell'ASL della Provincia di Varese è risultato pari a 39,4, superiore a quello lombardo di 37,1 ed inferiore a quello italiano di 41,0.

Nell'anno 2008, dal calcolo dei rapporti standardizzati di mortalità (SMR) si rileva che la mortalità totale è significativamente più elevata nel Distretto di Luino mentre il Distretto di Azzate presenta 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, al pari della mortalità totale, mostra un eccesso significativo nel Distretto di Luino ed una diminuzione significativa nel Distretto di Azzate.

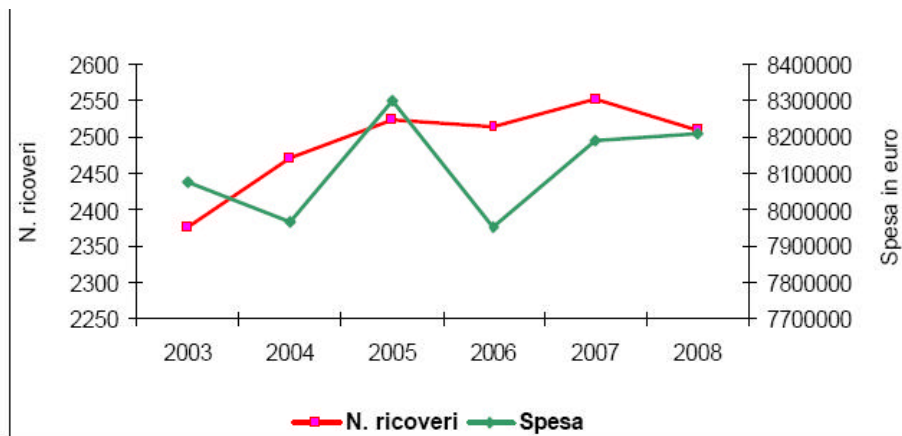
Le patologie per cui sono più elevati gli anni di vita persi sono i tumori, le malattie cardiovascolari e le patologie traumatiche, per le quali particolare attenzione meritano gli interventi ad esse rivolti. La mortalità evitabile, riportata nella tabella seguente, indica in generale una riduzione delle morti precoci (prima dei 65 anni), soprattutto per le patologie cardiovascolari.

TASSI DI MORTALITA' EVITABILE x 1000	2008	2007	2006	2005	2004	Italia 2002	Lombardia 2002
Tumore maligno del polmone in soggetti 5-64 anni	0,16	0,20	0,17	0,19	0,19	0,19	0,22
Infarto del miocardio in soggetti 5-64 anni	0,13	0,14	0,17	0,16	0,21	--	--
Malattie cerebrovascolari in soggetti 5-64 anni	0,04	0,07	0,07	0,07	0,08	0,08	0,08
Cirrosi epatica in soggetti 5-64 anni	0,07	0,06	0,08	0,06	0,06	0,08	0,08
<b>Tutte le cause in soggetti 5-64 anni</b>	<b>1,59</b>	<b>1,52</b>	<b>1,67</b>	<b>1,72</b>	<b>1,71</b>	--	--

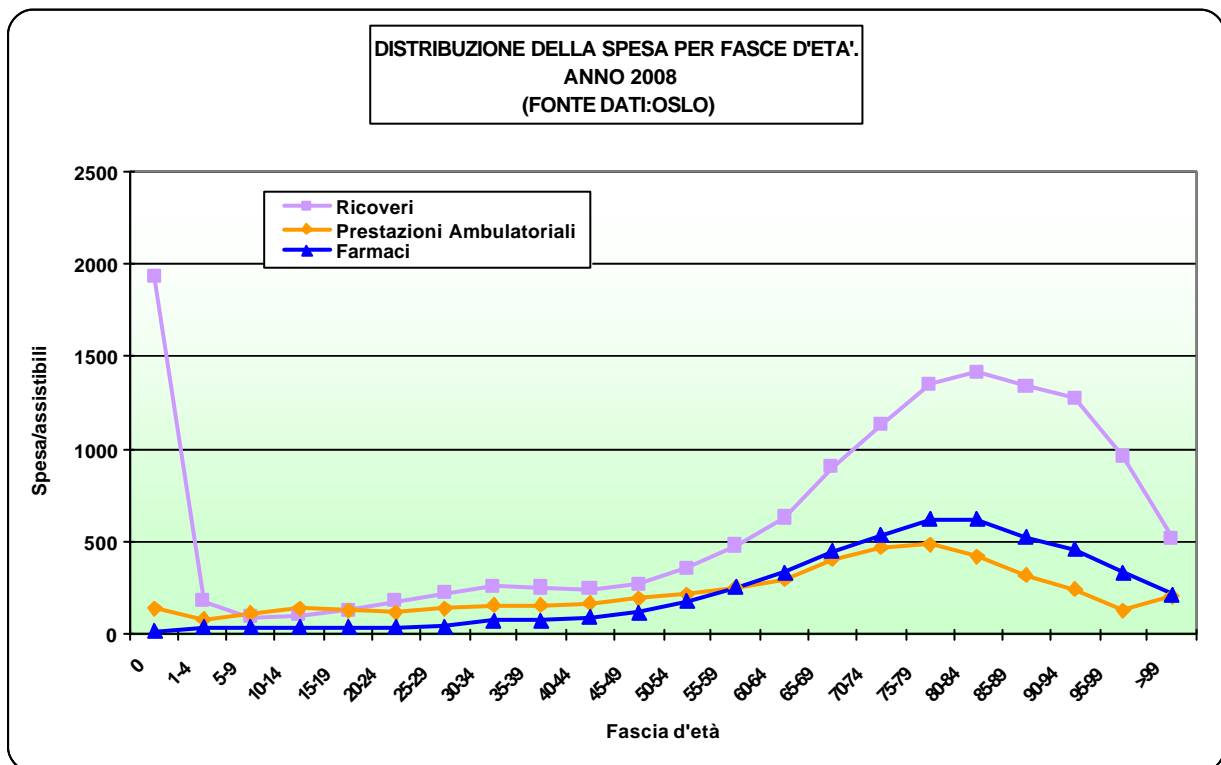
Il tasso di ricovero relativo alla degenza ordinaria standardizzata nel 2008 era di 137,4 x 1000 ab., più basso di quello regionale dello stesso anno, pari a 144,7 x 1000 ab. Il tasso di ospedalizzazione nel corso degli anni è diminuito con una richiesta di ricoveri ordinari decrescente, anche per la riduzione dei posti letto. Anche i ricoveri in regime di Day Hospital si sono contratti, data la conversione dei ricoveri per cataratta e per interventi sul tunnel carpale in regime ambulatoriale. Nel 2008, rispetto alla media del quinquennio precedente risultano superiori in modo significativo: i ricoveri per linfomi e leucemie, per mastectomia, parti cesarei, prostatectomia e fratture del femore. Decrescono, in modo significativo, i ricoveri per cirrosi epatica, appendicectomia, isterectomia, incidenti sul lavoro e incidenti stradali. Il tasso di ospedalizzazione grezzo totale (ordinario+DH) nel 2008 è stato pari a 177,1 x 1.000 se si considerano anche i ricoveri fuori regione, 170,9 x 1.000 se si considerano solo i ricoveri in Lombardia. Nel 2008, dei 154.302 ricoveri richiesti da residenti dell'ASL, il 79,1% è stato erogato presso strutture con sede nella provincia, il 3,5% fuori regione e il restante 17,4% nelle altre ASL lombarde. Di questo 17,4% le cinque strutture con oltre 1000 ricoveri sono state: l'Ospedale di Legnano e Cuggiono-Legnano (3966 ricoveri), la Fondazione Policlinico Mangiagalli Regina Elena (1920 ricoveri), l'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (1469 ricoveri), l'Ospedale Cà Granda Niguarda di Milano (1126 ricoveri) e l'IRCCS S. Raffaele di Milano (1124 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 2008 sulle prestazioni di alta specialità, è emersa una particolare carenza di cardiocirurgia, neurochirurgia e chirurgia toracica (rispettivamente il 49%, il 45% 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 a diminuire passando, ad esempio tra i residenti ricoverati in provincia, da 29 x 1.000 nel 2005 a 25 x 1.000 nel 2008.

La mobilità passiva dei ricoveri, tra il 2003 e il 2008, ha avuto un incremento del 5,6%, mentre la relativa spesa solo dell'1,7%; in particolare, sono aumentati il DRG 244 (malattie osso e artropatie specifiche con cc), il DRG 039 (int. su cristallino con o senza vitrectomia) e il DRG 256 (altre dia. sist. muscoloscheletrico e tessuto connettivo). Nel 2008, il 46,2% dei ricoveri extraregionali si registra in Piemonte.

**Mobilità passiva in Piemonte**  
**Andamento dei ricoveri e della spesa negli anni 2003-08**



Il consumo intraprovinciale di ricoveri riabilitativi è aumentato nel periodo 2005-08: tra i ricoveri richiesti dai residenti in strutture provinciali si registra un aumento complessivo tra il 2005 e il 2008 pari al 20,2%. Nel 2008 nella Provincia di Varese sono state erogate ai cittadini residenti, circa 14.150.000 prestazioni specialistiche ambulatoriali (escluse le extra-regionali), con una spesa lorda complessiva di oltre 197.500.000 €, registrando rispetto all'anno precedente sia un incremento di volume che anche della spesa, risultati rispettivamente nel 2007 13.350.743 e 179.235.026 €. Il 91,6% delle prestazioni consumate dai nostri residenti sono state erogate da strutture all'interno della Provincia. Sul versante della produzione, l'88,7% 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 29% da strutture private accreditate e per il 71% da strutture pubbliche. Nel 2008, l'andamento del costo pro-capite delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e dei farmaci 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

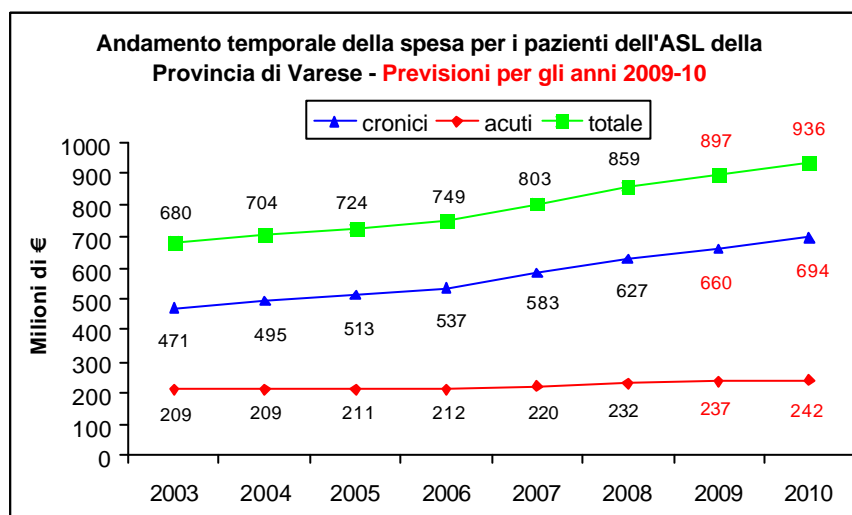
Nell'estate 2003, la Regione Lombardia ha istituito dei gruppi di lavoro tecnici finalizzati alla costruzione della Banca Dati Assistiti (BDA), ossia di uno strumento che permettesse, da un lato, la definizione di tipologie di pazienti e, dall'altro, la determinazione dei costi affrontati per queste 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 2008 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 4,4% dei pazienti cronici, identificati nelle prime 12 categorie;
- la spesa totale è aumentata del 5,3%, ma varia di poco nei pazienti acuti (+2,3%) mentre aumenta del 6,6% nei cronici;
- tra i pazienti cronici, si registra un aumento annuale di circa 1.800 pazienti neoplastici. Altri aumenti degni di nota si osservano tra i cardiopatici (+3.637) e i diabetici (+1.249), mentre un approfondimento meriterebbe la crescita percentuale di trapiantati (+9,8%) e pazienti con insufficienza renale (+16,4%), che insieme rappresentano appena lo 0,34% della popolazione (2.900 pazienti), ma che richiedono circa il 5% della spesa. Da segnalare anche l'aumento percentuale dei soggetti con patologie autoimmuni (+39,9%);
- analoghe considerazioni si possono fare sulla spesa, in particolare le maggiori variazioni percentuali si riscontrano tra i pazienti autoimmuni (+36%), i trapiantati (+9,9%), i pazienti neoplastici (+9,5%) e gli affetti da insufficienza renale (+8,6%), tutte categorie in cui la spesa supera abbondantemente l'incremento medio del 6,6% registrato per i pazienti cronici. In nessun gruppo di pazienti (cronici e acuti) si osserva una riduzione della spesa totale.

In un'ottica di programmazione sanitaria, se si considera la BDA come uno strumento, per quanto perfettibile, utile per la proiezione nel 2009 e nel 2010 del carico assistenziale (prevalenza) e della relativa spesa, i trend previsti per il futuro possono essere così sintetizzati:

- un aumento annuo della spesa pro capite del 4,1%, 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 43,24 €;
- un aumento dei pazienti cronici tale da passare da 245.670 del 2008 a 254.466 nel 2009 e, per il 2010, da prevedersi in circa 263.261;
- un aumento della spesa per i pazienti cronici tale da passare da 627 milioni di € del 2008 a 660 milioni di € nel 2009 e a 694 milioni di € nel 2010;
- un incremento di spesa complessiva per tutti gli assistiti (riferibile alle voci di spesa considerate) prevedibile in 38 milioni di € tra il 2008 e il 2009 e in 39 milioni di € tra il 2009 e il 2010, tenuto conto che l'aumento di spesa per i pazienti con patologie acute si può stimare in circa 4,7 milioni di € 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.

Inoltre, essa permette di valutare l'impatto della comorbidità nei pazienti cronici. Ad esempio, nel 2008 dei circa 39.000 pazienti diabetici, il 61,5% risultava anche affetto da ipertensione e il 2,5% da scompenso cardiaco; tra i diabetici con oltre 64 anni (circa 23.600), gli ipertesi erano il 71,3% e i pazienti con scompenso cardiaco circa il 3,5%.

## LE PRESTAZIONI FARMACEUTICHE ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

Considerando la prescrizione di farmaci in SSN (convenzionata) distribuiti dalle farmacie del territorio (fonte: Santer Reply S.p.A. – Farmavision), nei primi 10 mesi del 2009, in valore assoluto, la spesa è minore del 6,6% rispetto allo stesso periodo 2008; tranne che per i preparati ormonali sistemici, la spesa ha un andamento analogo per tutte le classi ATC. Anche i volumi sono inferiori a quelli del 2008, nel complesso (-7,4%) e per classi. Si segnala un aumento di spesa soprattutto per: atorvastatina (+4,4%, al 1° posto per spesa), rosuvastatina (+8,8%; 4°), omega-3 trigliceridi (+6,3%; 5°), enoxaparina (+56,9%; 12°).

La spesa procapite pesata, nei primi 10 mesi del 2009 supera dello 0,8% il valore regionale; gli scostamenti sono rilevanti per: cardiovascolari (+4,3%), respiratori (+8,4%), emopoietici e muscolo-scheletrici (+14,3%). Nel caso degli emopoietici vi è un effetto di 'distorsione' dei dati correlabile ad una diversa modalità distributiva nelle ASL lombarde di molecole nella classe. Al contrario della spesa, le DDD procapite pesate risultano inferiori a quelle regionali (-1,4%). Solo in 5 classi i volumi prescritti superano la media lombarda, tra cui emopoietici (+1,3%), respiratori (+3,8%), muscolo-scheletrici (+15,2%); in queste classi la maggiore spesa si correla pertanto anche ad una maggiore prescrizione. Per i cardiovascolari emerge invece un andamento opposto di spesa (superiore alla media lombarda) e DDD (inferiori), ad indicare nella classe l'uso preferenziale di farmaci a costo più elevato con minore incidenza di prodotti a brevetto scaduto. Ben 17 delle prime 20 molecole hanno una spesa superiore a quella regionale, tra cui in particolare: statine a brevetto valido (atorvastatina e rosuvastatina), omega-3-trigliceridi, valsartan+idroclorotiazide tra i 'C'; inibitori di pompa protonica (a brevetto valido ed equivalenti) tra gli 'A', tiotropio e beta2 agonisti associati a corticosteroidi tra gli 'R', escitalopram tra gli 'N'. Tra i 'B', il rilevante scostamento per eritropoietina (+139,63% come spesa, +147,16% come DDD) risente in parte della diversa modalità distributiva in Lombardia. Al contrario, per molecole con brevetto scaduto (es. simvastatina, amoxicillina+clavulanico) si evidenzia una spesa inferiore a quella regionale.

Nel periodo gennaio-ottobre 2009 la % di spesa per equivalenti sul totale è del 24,51%, inferiore di 1,19 punti percentuali rispetto a quella lombarda (25,7%). Tra le classi con spesa inferiore alla media regionale, si segnalano: cardiovascolari (-3,23 punti percentuali), farmaci del sistema nervoso (-2,53), muscolo-scheletrici (-1,02). Nello stesso periodo, la % di DDD di equivalenti sul totale è di 44,33%, stabile rispetto al 2008, ma inferiore di 2,67 punti percentuali rispetto al dato lombardo (47%). Le classi di equivalenti a minore prescrizione rispetto alla Regione sono in particolare: cardiovascolari (-4,27 punti percentuali), farmaci del sistema nervoso (-5,22), genito-urinari (-1,46), antimicrobici (-0,93). Nel corso del 2009 si registra tuttavia un aumento progressivo sia per spesa che per DDD: nel mese di ottobre, tra le 15 ASL lombarde, la ASL si colloca al terzultimo posto per % di spesa e penultimo per % di DDD.

Si conferma l'esistenza di una disomogenea prescrizione a livello distrettuale, sia in generale che per equivalenti. Nel I semestre 2009, 5 Distretti (Cittiglio, Gallarate, Luino, Saronno, Varese) superano per spesa procapite pesata la media regionale. In particolare hanno la spesa più alta: Cittiglio per gastrointestinali e antimicrobici; Luino per muscolo-scheletrici e respiratori; Saronno per cardiovascolari; Tradate per farmaci del sistema nervoso; Varese per emopoietici, genitourinari, farmaci organi di senso. Dal confronto con le medie lombarde emergono valori superiori di spesa soprattutto per C, A, B, R (in 7 Distretti), M (in tutti). Nel I semestre 2009 solo Busto Arsizio e Castellanza superano la % media lombarda di spesa per equivalenti. Tra le classi, la minore spesa di equivalenti si registra a: Varese per genito-urinari; Azzate per antineoplastici; Sesto Calende per farmaci del sistema nervoso e respiratori; Busto Arsizio per farmaci organi di senso; Castellanza per gastrointestinali ed ormoni; Luino per antimicrobici; Gallarate per emopoietici e muscolo-scheletrici; Somma Lombardo per cardiovascolari. Valori inferiori alla media regionale si registrano per C (in 11 Distretti), B, R (in 8), M e N (in 9), J (in 5), L (in tutti i Distretti).

Confrontando la prescrizione generale e quella di equivalenti, è possibile individuare nei Distretti alcune classi che presentano una spesa elevata (superiore alla media regionale) ed una scarsa prescrizione di equivalenti (inferiore alla media regionale); tra queste, è pertanto possibile agire in modo da incentivare l'uso di molecole a brevetto scaduto (ad es. statine, ACE-inibitori, Calcioantagonisti, antiipertensivi tra i C; PPI tra gli A; antidepressivi tra gli N; farmaci per il trattamento dell'IPB tra i 'G').

A differenza di quanto registrato nel 2008 (aumento limitato della spesa a fronte di un incremento maggiore dei volumi), nel 2009 la criticità principale sussiste in una maggiore spesa per farmaci di ampio impiego in alcune classi (C, A, R, N) con minore prescrizione di equivalenti. Nel corso dell'anno, tuttavia, l'andamento migliora progressivamente, soprattutto a seguito di interventi mirati sulla promozione dell'uso di equivalenti (incontri con MMG/PDF nei Distretti e con specialisti ospedalieri delle 3 AAOO del territorio anche ai fini della condivisione del *Prontuario alle Dimissioni dei farmaci equivalenti dispensati dal SSN*). La disomogeneità distrettuale (per indicatori generali, classi ATC, uso di equivalenti) continua a rappresentare un elemento di 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 dove si è mantenuta sostanzialmente stabile e nel distretto di Castellanza per effetto del passaggio del Comune di Cairate al distretto di Gallarate nel 2007.

E' opportuno tener conto dell'indice d'invecchiamento nel consumo di risorse sanitarie, ricordando che, rispetto al valore aziendale, i distretti più vecchi, nell'ultimo quinquennio, sono risultati quelli di Busto Arsizio, Varese, Sesto Calende e Cittiglio.

La mortalità risulta praticamente stabile, e le oscillazioni dei tassi appaiono influenzati 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 12 anni (1997-2008) 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 Gallarate, Sesto Calende, Somma Lombardo e Varese.

L'andamento del consumo di prestazioni specialistiche nel periodo 2004 – 2008 (sono escluse le extraregionali), mostra un aumento pari al 5,5% del consumo pro capite. L'incremento più accentuato si rileva nei Distretti di Castellanza (+13,9%), Busto Arsizio (+10,5%) e Gallarate (+9,6%).

Il numero di casi incidenti di tumore negli anni 1992-2003 cresce del 24,0% tra le femmine e del 39,0% tra i maschi. Nel 2003 i nuovi casi di tumore sono stati 2639 per le femmine e 3327 per i maschi: il tasso grezzo di ASL (maschi+femmine) è risultato 7,2 per 1.000, con valori più elevati nei Distretti a maggiore urbanizzazione (Varese, Gallarate, Busto Arsizio).

Relativamente alla prevalenza di pazienti cronici 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 quella di Cittiglio.

Sesto Calende è un'area dove storicamente è bassa l'offerta di prestazioni specialistiche e dove si registra un'alta mortalità per malattie cardiovascolari, unitamente all'alta prevalenza di cardiopatici e ad un alto 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 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., Castellanza, Saronno e Tradate.**

Anzitutto si riporta una tabella riassuntiva sull'evoluzione delle previsioni di dotazione di posti letto secondo il mandato regionale.



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

#### DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI – anno 2010

#### *I posti letto in provincia*

**sino al 2004:** acuti: 4 x 1000 abitanti  
riabilitativi: 1,5 x 1000 abitanti } **5,5 x 1000 abitanti**

**entro il 2007, secondo PSN e PSSR:**  
acuti + riabilitativi: **4,5 x 1000 ab. (di cui 1 x 1000 riabilitativi)**

**Atto di Intesa Governo-Regioni 2010-2012, art. 6, entro 30.06.11:**  
acuti + riabilitativi: **4 x 1000 ab. (di cui 0,7 x 1000 riabilitativi e di lungodegenza post-acuzie)**

**nel 2009, in Provincia di Varese (accreditati ed effettivi):**

acuti: 3,7 x 1000 abitanti (effettivi 3,37)  
riabilitativi: 1 x 1000 abitanti (eff. 0,83) } **4,7 x 1000 abitanti (effettivi 4,2)**



AZIENDA SANITARIA LOCALE – ASL DELLA PROVINCIA DI VARESE

Come si può notare nella situazione attuale siamo vicini allo standard di posti letto previsto, quale indicatore di efficienza e appropriatezza, dall'Atto di Intesa Stato-Regioni del 03.12.2009. Il tasso del 4,5 x 1000 scende a 4 p.l. per mille, comprensivi di 0,7 p.l. per mille per la riabilitazione. Salvo il 5% di variazione e la non comprensività dei p.l. in via prevalente o esclusiva extraregione (secondo principi da definirsi), non vi sarebbero margini di ampliamento ma solo di redistribuzione. Si noti che, come dettagliato più avanti, i p.l. di riabilitazione realmente operativi sono 0,83 x 1000 invece degli 0,98 x 1000 accreditati. Si ricorda inoltre l'obiettivo, ai sensi delle "Regole di sistema 2009", di mantenere un tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e

diurni (anche riabilitativi e di lungodegenza post-acuzie) non superiore a 178 x 1000 abitanti residenti, che per il 2010 si può prevedere in Provincia inferiore a 175 x 1000.

### Le strutture di ricovero per acuti

La seguente tabella rappresenta la distribuzione dei posti letto per acuti dichiarati effettivi (cioè realmente attivi) nel 2009, 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 2010

### I posti letto per ACUTI nel 2009

Totale ASL		dichiarati effettivi 2009		a contratto secondo dataBase Regione
	ACUTI	2557		3545
	ACUTI DH o DS	340	(circa 11,7%)	253
	P.L. x 1000 ab.	2907/871=	3,37 (3,71 se	DH-DS = 2 ordinari)
DI CUI:	Area Nord (Luino, Cittiglio, Varese, Arcisate e 50% Azzate)			
	ACUTI	844		
	ACUTI DH o DS	113	(circa 11,8%)	
	P.L. x 1000 ab.	957/316 =	3,06 (3,39 se	DH-DS = 2 ordinari)
	Area Centro (Gallarate, Sesto C., Somma L. e 50% Azzate)			
	ACUTI	569		
	ACUTI DH o DS	80	(circa 12,3%)	
	P.L. x 1000 ab.	649/264 =	2,46 (2,76 se	DH-DS = 2 ordinari)
	Area Sud (Castellanza, Saronno, Busto A., Tradate)			
	ACUTI	1144		
	ACUTI DH o DS	147	(circa 11,4%)	
	P.L. x 1000 ab.	1291/291 =	4,44 (4,94 se	DH-DS = 2 ordinari)

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

In essa si osserva 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 l'1% rispetto al 2008 (che porta il dato a quasi il 12% del totale dei posti letto).

Anche alla luce degli orientamenti dell'Atto di Intesa Stato Regioni del 03.12.09 ("Patto per la Salute 2010-2012") Risulta sempre più necessario definire l'assetto accreditato a contratto per il 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 prestazioni adeguate ai documentati bisogni). In questo senso si sottolinea l'opportunità data dalla DGR 9014 del 20.02.2009: gli Enti hanno ridefinito le afferenze dei posti letto, senza incrementi, riclassificando l'assetto accreditato a contratto (congruentemente ai POA approvati dalla Regione, per le strutture pubbliche). Tale riclassificazione, inviata all'ASL, è ora al vaglio per il parere di sostenibilità (già espresso per un primo gruppo di strutture, e inoltrato in Regione).

### Le strutture di ricovero riabilitative

La tabella che segue rappresenta una sintesi della distribuzione dei posti letto di riabilitazione, con indicazione dei p.l. accreditati e di quelli dichiarati operativi nel 2009 dalle strutture di ricovero riabilitativo.

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, anche se meno, in quella Sud (con **carenze al Centro**), mentre per ciò che riguarda i posti letto **EFFETTIVAMENTE OPERANTI** vi è una sostanziale adeguatezza al Nord e al Sud, una **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 871.000 abitanti)
- come indicato nella figura, i **posti letto effettivamente dichiarati operativi**, nel 2009, sono 724 contro gli 850 accreditati a contratto (quindi il 15% circa in meno). Una struttura privata nell'Area Sud ha dichiarato una importante conversione (nel reale, non negli assetti accreditati, di posti letto da acuti a riabilitativi. La **carenza del reale rispetto all'accreditato è imputabile essenzialmente alle AA.OO. Pubbliche. Tuttavia la previsione di 0,7 p.l. x 1000 dell'Intesa Stato Regioni del 03.12.2009 (610 circa per 871.000 ab.) comporta che i posti letto effettivamente operativi sono da considerarsi già eccedenti (salvo, come già ricordato, il 5% di variazione e la non comprensività dei p.l. in via prevalente o esclusiva extraregione, secondo principi da definirsi).**



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

### DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI – anno 2010

#### *I posti letto RIABILITATIVI nel 2009*

	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	70
OSPEDALE DI LUINO				38			38	17
OSPEDALE DI BUSTO ARSIZIO				20	38		58	18
OSPEDALE DI SARONNO			-	30	14		44	28
OSPEDALE DI TRADATE			-	8	8		16	4
OSPEDALE DI SOMMA L.				62 (12)	20(3)		82	82
OSPEDALE DI GALLARATE		4	8		9		21	21
OSPEDALE DI ANGERA					12		12	12
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	85
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>724</b>

p.l. x 1000 su popol 2009 =  $850/871 \times 1000 = 0,98$       EFFETTIVI:  $724/871 = 0,83$       i posti letto tra parentesi sono da intendersi "di cui"

Area NORD =  $417/316 \times 1000 = 1,32$       EFFETTIVI:  $334/316 = 1,06$       Area CENTRO =  $115/264 \times 1000 = 0,44$       EFFETTIVI:  $103/264 = 0,39$

Area SUD =  $318/291 \times 1000 = 1,09$       EFFETTIVI:  $287/291 = 0,99$



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 una 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	CANTELO	VARESE	VARESE	
posti	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	
	CPM SARONNO A.O. Busto					Resid. Psich. a contratto	AREA NORD		AREA CENTRO		AREA SUD		
NOVE		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.								
	CRA	CRA					CPA	9,5	173	0,5	10	3	60
		A.O. SARONNO					CPM	3	50	0	0	2	20
luogo	A.O. SOMMA						CRA	1	9	1	13	1	20
posti	13 P.L.	20 P.L.					CRM	2	30	0	0	1	14
			CENTRO DIURNO IL SEME (NPI)	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 distribuzione tra aree che vede una certa carenza nel Centro provincia, per ciò che concerne la specialistica ambulatoriale, compresa medicina fisica e riabilitativa, e per la diagnostica radiologica e di laboratorio.**

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

**La presenza di 18 TAC è più bassa nell'area nord e in quella centro. Le 9 RMN total body (tutte < 2 Tesla) sono meglio distribuite. Si noti inoltre che le uniche due PET sono mobili, presso le AA.OO. di Varese e Busto A.** Nondimeno si conferma l'opportunità che si abbiano strutture fisse per tale diagnostica (come ad esempio già previsto nel progetto della nuova Medicina Nucleare presso il monoblocco di Varese). Anche la presenza di **Radioterapie** è unicamente in AO Varese, A.O. Busto (anche presso presidio di Saronno) e Multimedicina di Castellanza. Le 4 **Medicine Nucleari** sono presenti nelle 3 A.OO., ma solo in Varese e Busto A. sono anche interventistiche oltre che diagnostiche.

In Provincia ci sono 108 posti tecnici di **Dialisi** (27 Area Nord, 18 Area Centro, 63 Area Sud) (**meno rappresentate quindi nell'Area Centro e Nord**) e 40 posti tecnici **CAL** (26 Area Nord, 8 Area Centro, 6 Area Sud) (**meno rappresentati quindi nelle Aree Centro e Sud**).

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 (anche in relazione al progetto obiettivo regionale).**

Ecco la tabella di cui ai commenti sopra elencati.



**La rete di OFFERTA 2009 di un set significativo di prestazioni a contratto pubbliche e private**

	area nord	area centro	area sud
poliambulatori	17	12	16
medicina fisica e riabil.	17	9	14
odontoiatrie	7	4	5
radiodiagnostica	13	8	11
laboratori e p.ti prelievo	29	11	27
TAC	4	4	10
RM total body	2	4	3
p.To 1° int./PS/DEA/EAS	4	3	4
Posti tecnici Dialisi/CAL	27/26	18/8	63/6



AZIENDA SANITARIA LOCALE – ASL DELLA PROVINCIA DI VARESE

**I SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE**

La DGR VIII/008501 del 2008 ha fornito linee di indirizzo alle ASL, alle Aziende Ospedaliere lombarde e ai soggetti privati accreditati, per mettere in atto lo sviluppo e l'innovazione in psichiatria per il triennio 2009-2011, in attuazione del Piano Socio-Sanitario 2007-2009 e del Piano Regionale di salute mentale.

Come già illustrato nel documento di programmazione per l'anno 2009, le linee di indirizzo sottolineano l'importanza strategica della psichiatria territoriale e quindi lo sviluppo delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale, anche attraverso la funzione integrativa dell'Organismo di Coordinamento; i programmi di innovazione territoriale avviati nel 2009, come nel triennio precedente, hanno usufruito di un finanziamento aggiuntivo per il triennio 2009-2011; inoltre alcune esperienze innovative, sia territoriali che residenziali realizzate tra il 2006 ed il 2008, sono state stabilizzate.

Particolare attenzione dovrà essere posta, nel corso del 2010, al monitoraggio dei programmi residenziali attuati nelle strutture di nuova classificazione e alla loro durata, nonché alle esperienze di residenzialità leggera avviate nel 2009, soprattutto per quanto attiene alla loro sostenibilità sociale.

**I programmi innovativi**

Nell'anno 2009 l'Organismo di Coordinamento dell'ASL della Provincia di Varese ha valutato, in base alla procedura indicata Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia, i progetti presentati dai DSM delle Aziende Ospedaliere di Varese, Busto Arsizio e Gallarate e dal privato accreditato (Coop Gulliver e Coop Alitalia), da realizzarsi nel triennio 2009/2011, finanziati per un totale annuo di €762.791,50.

I progetti sono stati valutati dall'Organismo di Coordinamento dell'ASL della provincia di Varese e validati dalla DG Sanità della Regione Lombardia

**Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera di Varese** : il progetto già avviato 3 anni fa "Verso il territorio, contro il pregiudizio", ha coinvolto circa 160 pazienti in carico ai CPS del territorio di competenza del Dipartimento dell'AO di Varese (distretti di Varese, Azzate, Arcisate, Laveno e Luino) su diverse aree della risocializzazione e dell'inserimento lavorativo. Il progetto prosegue per il prossimo triennio, in quanto si è rivelato efficace nel rispondere alle complesse problematiche sociali di soggetti con disturbi psicotici gravi.

E' stato inoltre finanziato, ed è in fase di avvio, un nuovo progetto volto al trattamento di soggetti con disturbi d'ansia, depressione o dell'adattamento, in collaborazione con i Medici delle Cure Primarie; per l'attuazione di tale progetto si intende attivare un ambulatorio specifico con sede in ospedale, per rispondere alle esigenze di una popolazione di utenti in costante crescita nei servizi.

**Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio**: il progetto è stato realizzato nel corso del triennio 2006-2008 sul territorio di Saronno: "Consapevolezza della persona con disagio psichico: l'utente diventa facilitatore sociale"; ha coinvolto circa 60 utenti in un duplice percorso: un percorso di maggiore consapevolezza di sé, dei propri disturbi psichici e delle

proprie competenze, capacità e possibilità sociali; un percorso di formazione specifica, per alcuni utenti selezionati, per diventare facilitatore sociale e fare da supporto agli altri utenti nei diversi servizi del dipartimento e non solo. Il progetto prosegue anche per il prossimo triennio, con un'apertura ad alcuni utenti di territori limitrofi.

E' stato inoltre proposto e approvato, per la sua innovatività di risposta a problematiche emergenti e sempre più diffuse nonché impegnative per i servizi territoriali, un nuovo progetto rivolto a soggetti affetti da gravi disturbi di personalità: verrà sperimentata una metodologia specifica e realizzata da équipes di operatori appositamente formati e in stretta integrazione con gli operatori dei CPS.

**Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera di Gallarate** : il progetto innovativo in corso da 3 anni è un'esperienza di residenzialità leggera per n. 4 utenti; è stato stabilizzato e gode di specifico finanziamento.

Per il triennio 2009-2011 è stato proposto e finanziato, come progetto innovativo territoriale, un'attività rivolta all'intercettazione del disagio psichico di giovani adulti, tra cui disturbi d'ansia, attacchi di panico e disturbi della condotta alimentare, con interventi sul territorio in collaborazione con le scuole superiori ed i comuni, per raggiungere la cittadinanza in modo attivo, a partire dalla constatazione che questa fascia di popolazione non si rivolge generalmente ai servizi per la salute mentale.

**Cooperativa Sociale Gulliver**: il progetto realizzato nel triennio precedente, detto "Centro Mafalda", ha visto l'attuazione di interventi finalizzati al riconoscimento e alla presa in carico precoce del disagio psichico (anche con abuso di sostanze), attraverso "sportelli" scolastici, un ambulatorio di consultazione per giovani e gruppi di sostegno e aiuto rivolti a genitori con figli adolescenti o giovani adulti con problematiche di disagio. Il progetto, riproposto sul territorio di Varese, è stato approvato e finanziato per il triennio 2009-2011.

Anche il nuovo progetto "Demetra centro sperimentale innovativo di orientamento e formazione all'inserimento lavorativo", viene approvato e finanziato : la tematica è relativa all'inserimento lavorativo tale progetto può costituire un valido supporto ai servizi comunali già attivi in tal senso ma non sufficienti.

**Cooperativa Albitalia**: il progetto "I.R.T.I." , cioè interventi riabilitativi territoriale integrati, è stato realizzato parzialmente nel triennio precedente, ma valutato molto utile ed efficace dal DSM di Varese che si è avvalso dell'equipe integrata messa a disposizione dalla Cooperativa Albitalia per i pazienti in carico ai CPS del territorio: sono stati realizzate attività riabilitative sia a domicilio sia nei luoghi di vita degli utenti, alcuni dei quali anche molto problematici e di non facile gestione. L'attività domiciliare costituisce una tipologia di intervento efficace per i pazienti psichiatrici con gravi disturbi e auspicata sia dai DSM che dai servizi sociali comunali. Il progetto è stato pertanto approvato e finanziato per il triennio 2009-2011.

Ente Gestore	Titolo progetto	Obiettivi
Azienda Ospedaliera di Gallarate	Intercettare il disagio giovanile: prevenzione e terapia dei disturbi del comportamento alimentare, dei disturbi d'ansia e dei quadri clinici complessi	Organizzare un'équipe diagnostico-terapeutica dedicata e una sede ambulatoriale ad hoc Costruzione di reti territoriali per favorire l'accesso, l'informazione, contesti di cura adeguati
Azienda Ospedaliera di Varese	Verso il territorio contro il pregiudizio	Supporto ad azioni complesse del DSM in collaborazione con soggetti non istituzionali e reti naturali in funzione dell'autonomia sociale del paziente
	Disturbi psichiatrici comuni: trattamento in collaborazione con MMG	Avvio di ambulatorio dipartimentale per il trattamento dei disturbi psichiatrici comuni; valutazioni psicodiagnostiche, trattamenti
Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio	Consapevolezza della persona con disagio psichico: l'utente diventa facilitatore sociale	Sostenere risorse e abilità residuali Sviluppo consapevolezza peer aiutare gli altri utenti Proseguire la collaborazione tra attori istituzionali e non (rete naturale) Migliorare l'offerta lavorativa
	La presa in carico dei pazienti con disturbo di personalità. CPS come "base sicura"	Elaborazione di un modello clinico per l'approccio e la cura dei disturbi di personalità nel servizio territoriale Ridurre i ricoveri Ridurre le interruzioni di cura Collaborazione con SERT e NPI
Coop Sociale Gulliver	Campus Mafalda: interventi finalizzati al riconoscimento precoce del disagio psichico	Prevenzione primaria e secondaria del disagio psichico Presa in carico per giovani con disturbi complessi anche in comorbilità Centro di consulenza e supporto alle scuole della provincia
	Demetra: centro sperimentale innovativo di orientamento e formazione all'inserimento lavorativo, sociale e abitativo destinato a pazienti psichiatrici e alle loro famiglie	Creazione di una rete tra privato sociale, DSM e realtà imprenditoriali per progetti individualizzati di inserimento lavorativo, sociale e abitativo
Coop. Sociale Albitalia	Intervento di riabilitazione territoriale individualizzato	Interventi di autonomizzazione del paziente nel suo ambiente di vita Sostegno capacità relazionali e di socializzazione

I progetti sopradescritti costituiscono una risposta a bisogni emergenti, come suggeriscono anche le indagini epidemiologiche; sono inoltre un'efficace integrazione di risorse e attività per i servizi territoriali dei Dipartimenti di Salute Mentale che, negli ultimi anni, hanno visto: da una parte crescere l'utenza che si rivolge a loro e dall'altra aumentare la necessità di interventi riabilitativi e di supporto per favorire l'inclusione sociale dell'utenza che soffre di gravi disturbi mentali e che, proprio grazie a questi tipi di interventi, può continuare a vivere nel suo contesto familiare e sociale.

### **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 negli ultimi anni si è articolata con nuove strutture semiresidenziali - Centri Diurni di nuova attivazione nel 2009 a Luino e Varese; di prossima attivazione a Tradate - e residenziali - CRM, CPM, residenzialità leggera - mentre le attività territoriali dei Centri Psicosociali si avvalgono di nuovi apporti e nuove risorse grazie ai progetti innovativi.

### **Analisi dei dati di attività (dati DG Sanità Regione Lombardia 28/SAN, 46/SAN, SDO )**

Le attività di assistenza psichiatrica erogate a favore dei residenti della Provincia di Varese, durante il 2008, che si illustrano di seguito, sono state suddivise sulla base dei territori di residenza degli utenti: tre aree territoriali che fanno riferimento alla competenza territoriale delle tre Aziende Ospedaliere della Provincia di Varese.

- DSM di Varese: 336.684 ( Comuni dei Distretti di Varese, Arcisate, Cittiglio, Luino e Azzate).
- DSM di Gallarate: 223.595 (Distretti di Gallarate, Somma L. e Sesto C.).
- DSM di Busto A.: 288.424 (Distretti di Saronno, Busto, Castellanza e Tradate ).
- Totale Provincia di Varese: 848.703

Gli interventi e le prestazioni erogate dai DSM sono rivolte a soggetti sofferenti di disagio psichico.

Il tipo di disagio manifestato e l'intensità dello stesso forniranno indicazione allo psichiatra sulla tipologia d'intervento da proporre e sulla scelta della sede ove effettuarlo.

Si possono suddividere gli interventi in 4 grandi tipologie:

1. Visite specialistiche psichiatriche e/o psicologiche: vengono effettuate presso i Centri Psicosociali o in alcuni casi presso le strutture ospedaliere. Vengono effettuate su tutti i soggetti che presentano un bisogno di cura.(28/SAN)
2. Interventi complessi ed integrati che necessitano di diverse figure professionali oltre allo psichiatra (infermiere, educatore e assistente sociale) e che si rivolgono a soggetti che presentano bisogni complessi. Tali prestazioni vengono fornite dai Centri Psicosociali. Possono prevedere interventi semiresidenziali, caratterizzati dalla permanenza nella struttura del soggetto per parte della giornata. ( 46/SAN).
3. Ricoveri presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, si rivolgono a persone che presentano una condizione acuta e/o urgente. Possono avvenire volontariamente o tramite Trattamento Sanitario Obbligatorio.
4. 4 Interventi di tipo residenziale, possono svolgersi in strutture pubbliche o private, sempre su indicazione, concordata con il soggetto, dello psichiatra referente del Centro Psicosociale.

Nell'anno 2008 n. 10.683 cittadini hanno usufruito di prestazioni psichiatriche specialistiche, per un totale di 44.684 prestazioni (tab. n.1):

**Tabella 1**  
**Prestazioni specialistiche erogate nell'anno 2008 a cittadini residenti nella Provincia di Varese**

Numero pazienti trattati anno 2008		10683
Numero prestazioni specialistiche erogate		44.684
Costo totale prestazioni		€ 1.167.575
Età media (anni)		47,91
	maschi	Femmine
Sesso	4.511 (42%)	6.181 (58%)
Età media (anni)	45,8	49,5
Numero pazienti con prestazioni fuori Provincia		755 (7%)
Prestazioni erogate fuori Provincia		1.848 (4%)

Come descritto nella tabella n.2, i cittadini residenti nella Provincia di Varese che hanno ricevuto - nel corso dell'anno 2008 - prestazioni integrate e complesse all'interno dei Centri Psicosociali della Provincia, sono 4.475 cioè circa il 45% dei soggetti che hanno ricevuto prestazioni specialistiche. Si può dunque supporre che la metà dei soggetti che ricevono prestazioni specialistiche vengono poi indirizzati ad interventi più integrati e multiprofessionali all'interno della strutture territoriali, verosimilmente per un maggior indice di gravità e bisogno.

**Tabella 2**  
**Le attività territoriali non specialistiche Provincia di Varese**  
**(Flusso 46/SAN escluse prestazioni residenziali e semiresidenziali – Anno 2008)**

		Provincia di Varese	
Numero totale pazienti con prestazioni da CPS		4.475	
Età media (anni)		48,9	
	maschi	femmine	
Sesso	2083 (47%)	2.356 (53%)	
Età media (anni)	45,4	50,5	
Numero totale prestazioni ambulatoriali		47.429	
Costo prestazioni erogate		€ 2.418.250	

**Tabella 3**  
**Prestazioni semiresidenziali (Centro diurno)**  
**nella Provincia di Varese – Anno 2008**

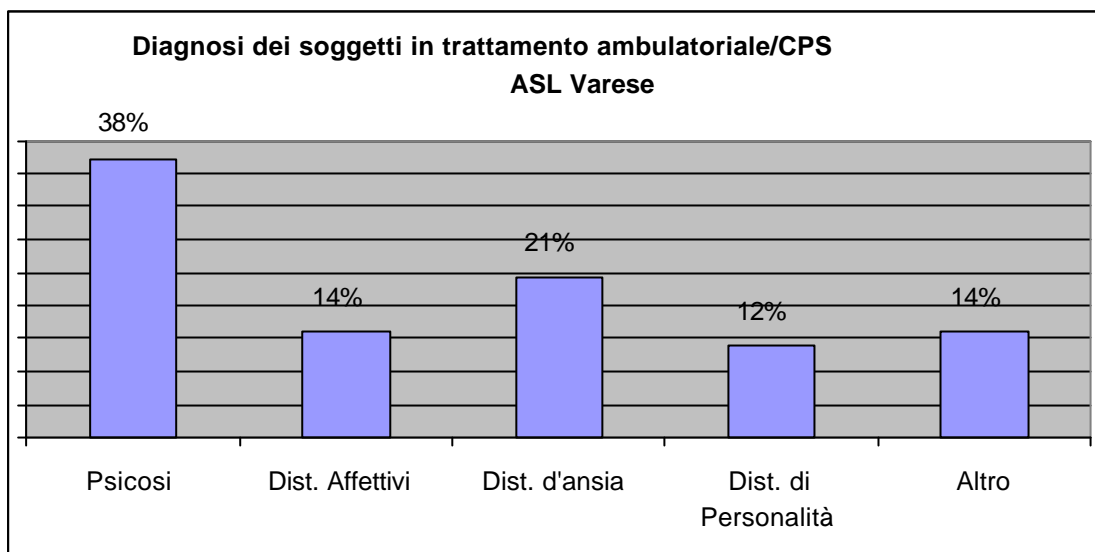
		Provincia di Varese	
Numero totale pazienti con prestazioni semiresidenziali		329	
Età media (anni)		43,8	
	maschi	femmine	
Sesso	204 (62%)	125 (38%)	
Età media (anni)	42,3	44,9	
Numero totale prestazioni ambulatoriali		21.020	
Costo prestazioni erogate		€ 2.053.002	

**Tabella 4**  
**Attività ambulatoriali e semiresidenziali erogate a residenti nella Provincia di Varese- anno 2008**

<b>Prestazione</b>	<b>Provincia Varese</b>
1 visita colloquio	6.326
2 somministrazione diretta di farmaci	12.868
8 colloquio con i familiari	3.120
9 intervento psicoeducativo	68
10 gruppo di familiari	650
14 intervento individuale sulle abilità di base, interpersonali e sociali	1.067
15 gruppo sulle abilità di base, interpersonali e sociali	1.354
16 intervento individuale di risocializzazione	2.464
17 gruppo di risocializzazione	2.238
18 gruppo di attività espressive	384
19 gruppo di attività corporea	1.248
20 inserimento lavorativo	545
21 supporto alle attività quotidiane	1.216
22 supporto sociale	2.057
60 intervento domiciliare	6.718
<b>Totale complessivo</b>	<b>42.323</b>

Come si osserva nel grafico n. 1 i soggetti in trattamento sono affetti da schizofrenia in circa il 40% dei casi; ansia e depressione rappresentano il motivo di trattamento per oltre 1/3 dei soggetti e i Disturbi di Personalità rappresentano circa il 10% dell'intero campione.

**Grafico 1**



Il numero di soggetti ricoverati con ricovero ordinario nel 2008 è di n.1.126 con un tasso di ricovero annuo pari a 2,1 per 1000 abitanti e un'età media di anni 45,4.

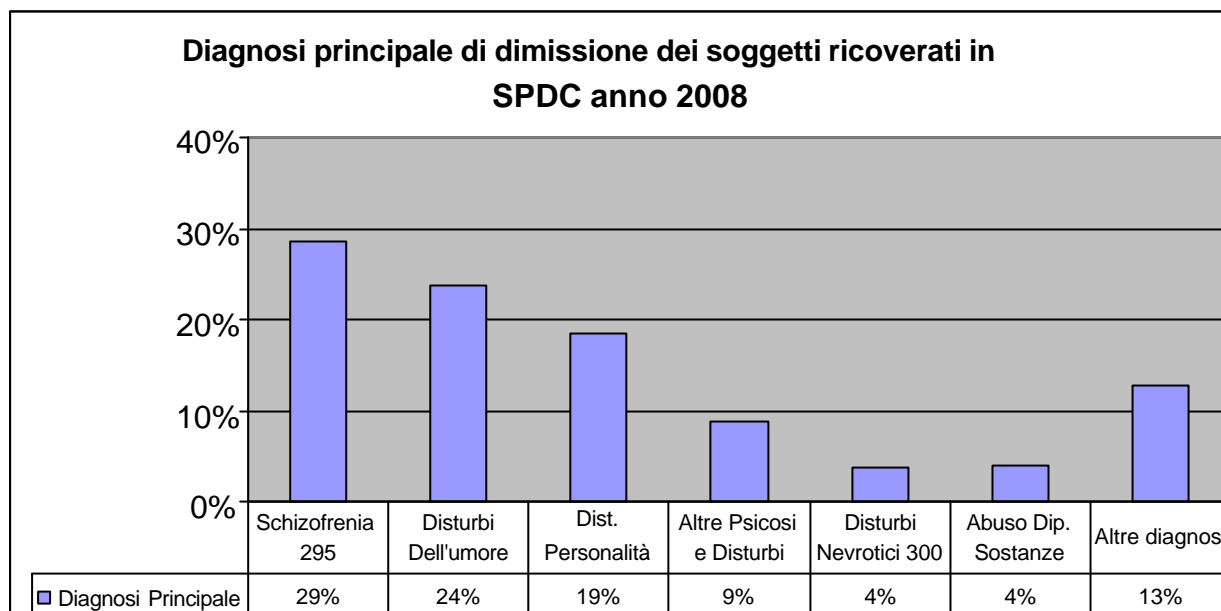
Il costo totale annuo per questo tipo di intervento supera i €5.000.000 ed il 6% di tali costi è per ricoveri che avvengono in strutture poste al di fuori della Provincia di Varese, sottolineando mediamente una sufficiente dotazione di strutture rispetto ai consumi effettuati per questa tipologia di intervento. Ulteriore dato da segnalare è la media di ricoveri per paziente all'anno: 1,6. Tale dato indica la presenza di un certo numero di pazienti che necessita di numerosi ricoveri in SPDC durante l'anno, persone su cui gli interventi territoriali avviati al termine di un ricovero non sono sufficienti ad evitare una ricaduta sintomatologia (Tabella 5).

**Tabella 5**

**I ricoveri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) nella Provincia di Varese Anno 2008**

	<b>Provincia di Varese</b>
Numero totale ricoveri	1.918
Numero ricoveri in Day Hospital	132
Totale giorni in Day Hospital	1.342
Costo Totale Day Hospital	€ 239.454
Numero pz ricoverati in DH	96
Numero ricoveri ordinari	1.786
Numero pz ricoverati in SPDC	1.126
Totale giorni degenza	24.695
Costo totale ricoveri ordinari	€ 5.276.912

**Grafico 2**



Come si osserva nella tabella n. 4, n. 369 assistiti residenti nella Provincia di Varese, hanno ricevuto prestazioni residenziali presso Comunità Protette nell'anno 2008. Poco meno del 30% delle giornate di degenza sono state erogate da strutture pubbliche, le rimanenti da strutture private accreditate. Più del 30% dei soggetti quindi hanno ricevuto prestazioni residenziali da strutture pubbliche; questo dato è congruente con la rete di offerta del territorio che ha un più alto numero di posti in strutture residenziali private accreditate e a contratto con l'ASL.

Prendendo in considerazione tutti i pazienti ricoverati in Comunità protette nel 2008, si osserva una prevalenza molto scarsa. Il tasso per la Provincia di Varese è circa dello 0,5 per mille abitanti/anno; se, come risulta dagli studi internazionali, la sola patologia schizofrenica presenta una prevalenza di circa 1% nella popolazione generale, risulta che, i soggetti con prestazioni residenziali nel corso di 1 anno rappresentano 1/25 delle persone affette da schizofrenia.

Altro dato interessante è la disomogeneità di questo tasso e del dato relativo alle giornate di residenzialità erogate per 10.000 abitanti nelle diverse aree della Provincia di Varese. In particolare si osserva un utilizzo nettamente inferiore di tale modalità di intervento nell'area territoriale che si riferisce all'azienda Ospedaliera di Gallarate.

**Tabella 6**

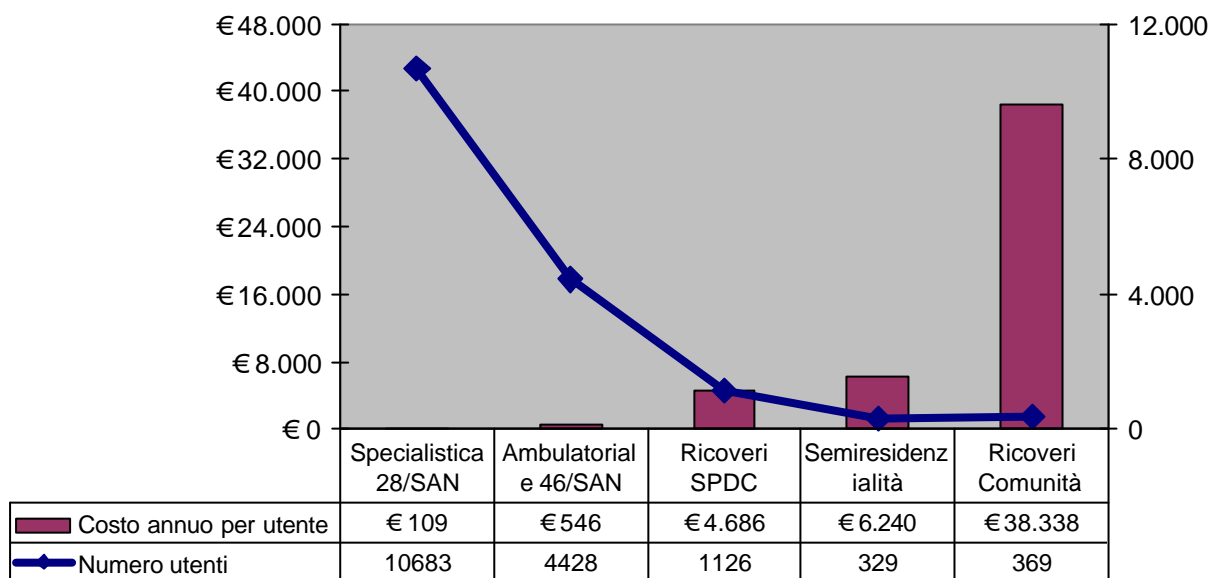
**Ricovero in strutture psichiatriche residenziali:  
cittadini residenti in Provincia di Varese anno 2008  
(escluse persone provenienti da Ex-Ospedale Psichiatrico Provinciale di Varese)**

	<b>ASL Varese</b>
Totale pazienti in CP pubbliche	138
Totale giornate da pubblico	28.848
Totale costi da pubblico	€ 4.431.315
Totale pazienti in CP private	253
Totale giornate da privato	74.302
Totale costi da privato	€ 10.558.865
Totale pazienti	369
Totale giornate di ricovero	103.150
Totale costi per residenzialità	€ 14.990.180

Come si osserva nel grafico 4, un elevato numero di soggetti riceve prestazioni specialistiche ambulatoriali (N 9.636) e circa la metà (N 4.303) riceve prestazioni ambulatoriali complesse ed integrate. Con l'attuale sistema di tariffazione su questo gruppo di soggetti l'investimento economico risulta particolarmente ridotto rispetto alle altre tipologie di prestazione.

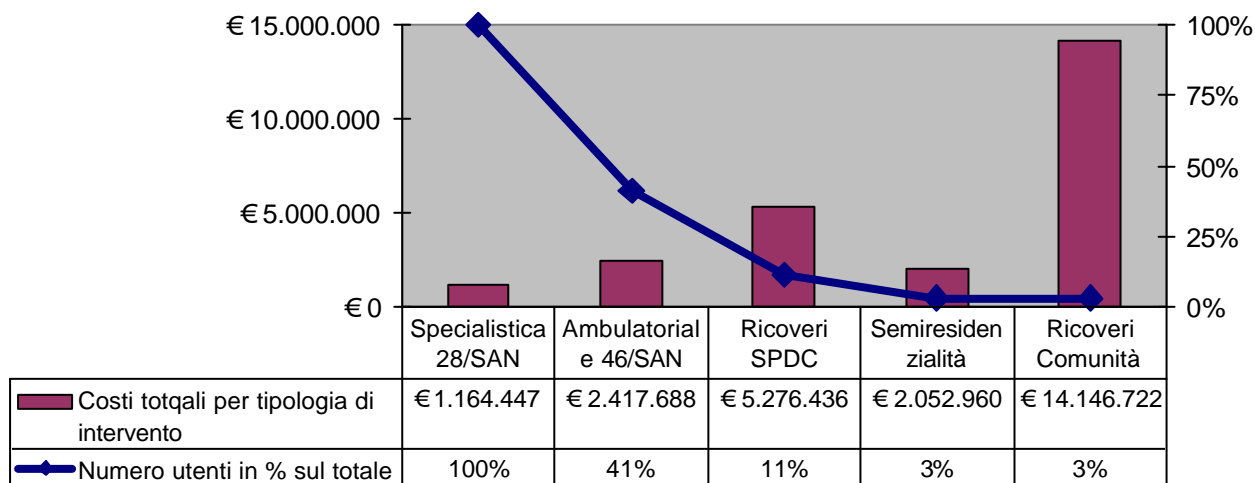
Infine nel grafico 5 viene illustrata la spesa totale per tipologia di intervento e la percentuale di soggetti a cui è rivolta tale prestazione secondo i dati di consumo del 2008 della Provincia di Varese. Ciò che si osserva è che tale sistema di finanziamento prevede che per gli interventi residenziali, rivolti a persone con il più alto grado di disabilità (circa il 3% del totale) siano finanziati con oltre il 50% dell'intero budget di spesa.

**Grafico 4**



**Grafico 5**

**Costi sostenuti in psichiatria per tipologia di intervento e numero utenti in % sul totale**



Seguendo le indicazioni della DGR VIII/10804 del 16/12/2009, gli obiettivi prioritari per l'anno 2010 relativamente alle attività dei DSM, in continuità con l'anno precedente, sono i seguenti:

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). In tal senso operano i progetti innovativi avviati nel 2009, e che proseguiranno nel 2010.
2. Proseguire nell'attività di monitoraggio delle attività territoriali e dei progetti innovativi, con il coinvolgimento dell'Organismo di Coordinamento: un'attenzione particolare dovrà essere posta alle aree dell'accessibilità, dei percorsi di cura, dei pattern di utilizzo, dell'offerta.
  3. Favorire l'integrazione con le attività di area sociale e i servizi preposti.

### La residenzialità

Come già evidenziato nel 2009, in base alle indicazioni del Piano Regionale della Salute Mentale 2002-2004 e della DGR VIII/4221 del 2007 " Riordino della Residenzialità psichiatrica", i principi che regolano la residenzialità sono:

- la centralità del progetto individuale di trattamento fondato sui bisogni, sulla domanda e sulle specifiche caratteristiche del paziente
- la disponibilità e l'offerta di forme diversificate e flessibili di residenzialità in ambito sanitario e non sanitario.

La rete d'offerta residenziale sul territorio della provincia di Varese si articola in : n. 91 posti in strutture riabilitative, n. 273 in strutture assistenziali (di cui n. 70 a media protezione), n. 22 posti in residenzialità leggera.

La residenzialità leggera si configura come una soluzione abitativa svincolata dall'accreditamento sanitario, mentre i programmi riabilitativi e assistenziali sono attuati da soggetti accreditati per attività psichiatriche(DGR n. VIII/7861 del 30 luglio 2008).

E' stata avviata nel corso dell'anno 2009 – sia dai DSM che dal privato accreditato - e si può considerare in fase sperimentale; si è constatato infatti che la sua realizzazione richiede un notevole impegno da parte dei servizi e continue revisioni di prassi che non possono essere date per scontate. Sono necessari interventi di forte integrazione tra i servizi sanitari e sociali, è richiesto il coinvolgimento del volontariato ed un lavoro sul contesto territoriale e sociale che favorisca l'inclusione. Occorrono inoltre attente valutazioni, da parte dei CPS, sugli utenti candidabili all'esperienza, non solo relativamente all'autonomia, ma anche alla socialità, alla compliance, alla stabilità del disturbo, alla possibilità di convivenza con altre persone.

Il piano triennale per la residenzialità leggera, approvato dall'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale dell'ASL, ha permesso quindi l'avvio dei n. 22 posti nell'anno 2009 e per il 2010 la previsione è di una messa a regime e di un consolidamento delle esperienze in corso; si ipotizza anche l'avvio di altri n. 4/5 posti sul territorio di Saronno in quanto nel corso del 2009 sono state poste le premesse di un accordo in tal senso tra il DSM dell'AO di Busto A. ed il Comune di Saronno.

L'ASL della provincia di Varese ha avviato un tavolo tecnico con funzioni di "osservatorio" delle esperienze in corso, sia per permettere la condivisione e il confronto delle criticità e delle possibili soluzioni, sia per uno studio clinico dei programmi realizzati in residenzialità leggera e degli indicatori di risultato.

Nel corso del 2009 è stato predisposto, in collaborazione con la Direzione Sociale dell'ASL, il documento condiviso anche con i referenti degli Uffici di Piano: "Linee guida per la collaborazione tra gli enti coinvolti nell'attuazione della residenzialità leggera" in cui vengono date indicazioni - sulla base della normativa vigente : delle relative competenze sanitarie e sociali sia riguardo agli interventi sia riguardo agli aspetti economici; degli obiettivi, della tipologia d'utenza, dei tempi, degli attori coinvolti e delle rispettive competenze, dei tempi di permanenza, del regolamento di utilizzo, del monitoraggio e della valutazione.

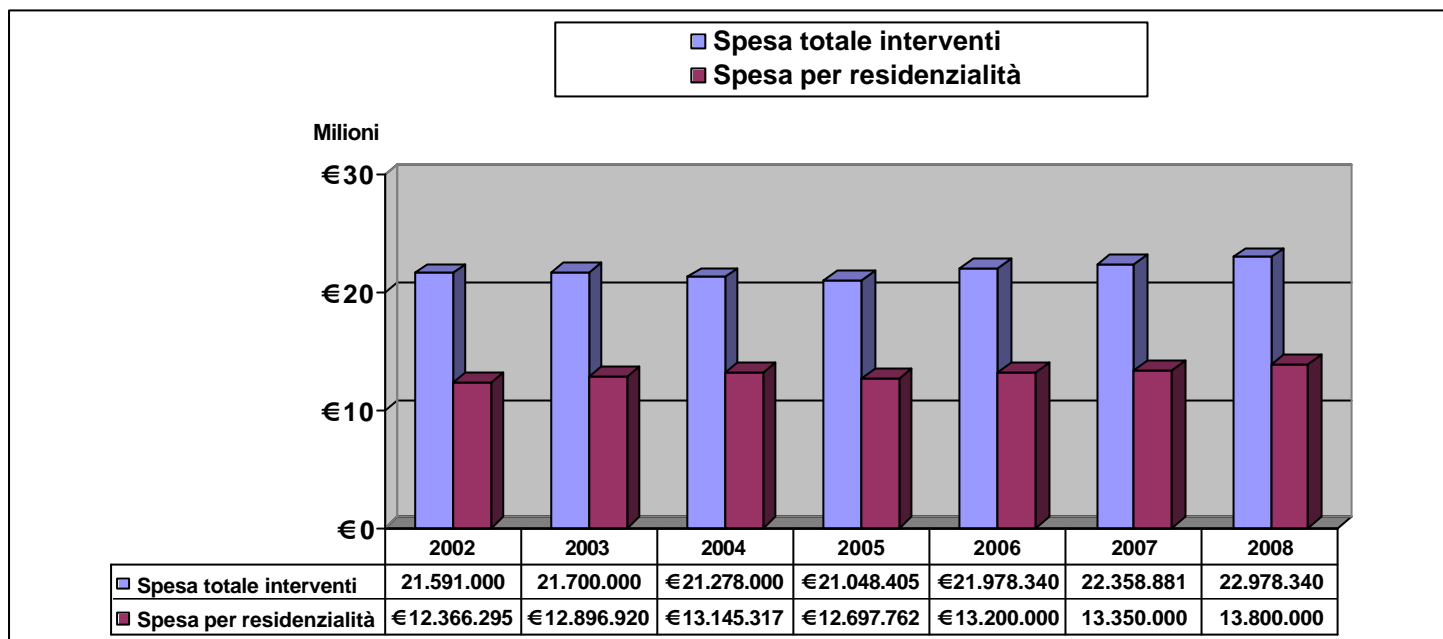
Un punto che presenta una certa difficoltà, per gli utenti e le famiglie riguarda gli oneri da sostenere per tale tipologia di residenzialità ; proprio per questo nel documento si è cercato di dare alcune indicazioni in tal senso , ma ancora ci sarà da lavorarci per il 2010, in quanto i problemi non sono del tutto risolti.

Per quanto riguarda gli oneri per gli interventi riabilitativi e socio-sanitari essi sono a carico del fondo sanitario regionale, per una quota pari a €45,00 - tariffa giornaliera prevista per l'erogazione delle prestazioni attribuibili alla tipologia della bassa intensità riabilitativa -; l'erogazione e la valorizzazione di tali interventi è sottoposta a regolamentazione mediante contratto con l'ASL di Varese degli erogatori accreditati pubblici e privati.

Gli oneri relativi alle necessità sociali e di vita quotidiana degli ospiti (affitto, utenze, vitto, necessità quotidiane) vanno a costituire una retta giornaliera definita di comune accordo tra l'ufficio di Piano di riferimento territoriale ed il competente Dipartimento di salute mentale; a tali oneri è possibile far fronte in parte con la quota a carico degli ospiti (stabilita in accordo tra Ufficio di Piano e DSM), in parte con i contributi versati dai Comuni ad integrazione delle quote dei propri residenti o dall'Ufficio di Piano territorialmente competente in relazione alle diverse modalità di concorso alla spesa stabilite a livello di ambito distrettuale (es. creazione di un fondo di solidarietà appositamente finalizzato, utilizzo di quote del Fondo Nazionale Politiche sociali o del fondo di riequilibrio territoriale, o altro). Nelle esperienze in corso si è verificata appunto la difficoltà o da parte dei comuni a sostenere l'onere sociale (in mancanza di un fondo di solidarietà) o da parte dell'ospite stesso; si tratterà pertanto di trovare possibili soluzioni, poiché si è verificato che 1/3 dei posti non è stato utilizzato per questo motivo.

<b>EROGATORI SANITARI A CONTRATTO PER RESIDENZIALITA' LEGGERA</b>	<b>N. POSTI MESSI A CONTRATTO ANNO 2009</b>
AO GALLARATE	9 (Gallarate e Somma Lombardo)
AO VARESE	4 (Cassano Valcuvia)
Coop "VILLA BERNOCCHI"	4 (Varese)
Coop. ALEPH – ITACA"	5 (Gavirate)

Nel grafico sottostante si riporta l'andamento della spesa per la residenzialità protetta negli anni 2002-2008



Riguardo alla residenzialità in generale gli obiettivi per l'anno 2010 saranno, in continuità con il 2009:

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. A tale proposito è stato istituito, su delega dell'OdCSM un apposito gruppo di lavoro, coordinato dall'UO di Psichiatria-Servizio Integrazione Funzioni del Dipartimento PAC dell'ASL.
3. Monitoraggio dei programmi di residenzialità leggera in atto, condivisione dello stesso con l'Organismo di Coordinamento e in accordo con i piani di zona del territorio dell'ASL di Varese. Avvio di una nuovo progetto di residenzialità leggera nel territorio DSM di Busto A.

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

L'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale in Provincia di Varese, istituito dall'ASL con delibera n. 1325 del

16/12/2004, ha come obiettivi e compiti generali : il monitoraggio dei bisogni di residenzialità secondo criteri epidemiologici, la valutazione dei dati di attività e di costo, il monitoraggio e la verifica delle attività erogate e degli interventi di buona pratica clinica, l'appropriatezza dei ricoveri e l'individuazione di indicatori per la verifica di qualità, l'integrazione dei diversi attori del sistema dei servizi sanitari e sociali, del terzo settore e delle associazioni.

E' presieduto dal Direttore Sanitario e sono rappresentati : i Responsabili dei Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende Ospedaliere di Varese, Busto Arsizio e Gallarate, n. 3 rappresentanti delle strutture residenziali private accreditate con contratto con l'ASL di Varese, n. 1 rappresentante del coordinamento provinciale delle Associazioni di familiari e n. 1 rappresentante di associazioni di pazienti, n. 2 rappresentanti delle cooperative sociali, n. 3 rappresentanti degli Uffici di Piano; l'ASL di Varese è rappresentata dal Direttore del Dipartimento delle cure primarie, dal Direttore Sociale, dal Direttore del Dipartimento Programmazione Acquisto e Controllo con il responsabile del Servizio Integrazione sociosanitaria e socioassistenziale e la Responsabile dell'U.O. Psichiatria e Neuropsichiatria infantile.

Si riporta di seguito una breve sintesi dei temi trattati nell'anno 2009:

- Valutazione, proposte di finanziamento, approvazione dei progetti innovativi presentati all'ASL dai DSM delle Aziende Ospedaliere del territorio di competenza e dal privato accreditato.
- Valutazione in merito a richieste di accreditamento di nuove strutture per la psichiatria (pubbliche e private) sulla base dell'analisi epidemiologica dei bisogni del territorio e della rete d'offerta esistente. E' stato dato parere favorevole

all'accreditamento richiesto per un centro diurno a gestione privata, nel territorio del distretto di Sesto Calende, in accordo con il Responsabile dell'U.O. di Psichiatria dell'AO di Gallarate; un centro diurno con sede presso l'ospedale di Tradate. Riguardo ad altre due richieste è stata demandata la valutazione al competente organo regionale, in quanto il numero di posti si presentava di molto superiore al fabbisogno del territorio, e quindi solo un osservatorio territoriale più ampio, quale appunto quello regionale, poteva esprimersi rispetto ad un bisogno dei cittadini lombardi e non solo della provincia di Varese; una riguardava l'accreditamento di una Comunità a media protezione a Cunardo e l'altra l'accreditamento di una struttura residenziale per il trattamento dei gravi disturbi alimentari a Cuasso al Monte. Ad entrambe le strutture la regione ha dato parere favorevole: la prima non ha ancora avviato la procedura, mentre la seconda è stata accreditata come struttura ad alta riabilitazione (CRA) il 6 luglio 2009 delibera ASL n. 546. Poiché questa struttura non è a contratto con l'ASL, è stata predisposta una procedura per regolamentare gli inserimenti dei pazienti in carico ai DSM per questa tipologia di disturbi e per i quali viene valutato necessario un trattamento residenziale; l'OdCSM ha preventivato un ipotetico fabbisogno di circa 2-3 ricoveri l'anno per Dipartimento (la durata dei ricoveri è di circa 3-6 mesi massimo). A fine 2009 sono stati avviati 6 ricoveri per residenti nella provincia di Varese su proposta dei DSM del territorio.

- Definizione e approvazione delle "Linee guida per la collaborazione tra gli enti per la realizzazione della residenzialità leggera", in collaborazione con la Direzione Sociale dell'ASL e degli Uffici di Piano.
- Costituzione del tavolo tecnico per la valutazione dei ricoveri in corso nelle CRA e CRM e valutazione proroga ricoveri che hanno superato la soglia dei 18 mesi (prorogabili di altri 6 mesi ad alta intensità riabilitativa). N. 31 proroghe approvate.

L'OdCSM viene coinvolto sulla riflessione emersa al tavolo tecnico: vengono evidenziate alcune criticità, rispetto alle nuove indicazioni regionali: la dimensione temporale dei progetti di cura ha in sé elementi positivi ma rischia di non rispondere alle esigenze di un gruppo più ristretto di utenti che mantiene nel tempo una condizione di psicopatologia grave con condizioni di difettualità; verso tali pazienti non sembra possibile attuare percorsi di cura emancipativi o che prevedano una diminuzione dell'intensità di cura e assistenza. Viene tuttavia anche sottolineato un aspetto positivo della temporalità introdotta dalla normativa regionale: aiuta le strutture a sfuggire da una dimensione di lavoro troppo distante dagli elementi di controllo esterno e diminuisce il rischio che tali strutture si trasformino in istituzioni che cronicizzano la dipendenza del paziente e la perdita di autonomia.

Tale problema si porrà comunque anche al termine del 2010 in quanto dal 01/01/2011 i ricoveri di molti pazienti nelle CPA e CPM raggiungeranno la soglia di 36 mesi e, come più volte evidenziato anche da analisi effettuate dall'ASL alcuni di essi risultano impossibilitati, soprattutto sul piano sociale, a vivere autonomamente: questa sarà pertanto una questione su cui il tavolo tecnico e l'OdCSM dovrà lavorare nel corso del 2010

- Analisi della problematica relativa alle misure alternative al carcere e all'OPG in particolare, rapporti dei DSM con i servizi sociali del ministero della Giustizia e con i giudici di sorveglianza. Avvio di un progetto in collaborazione con la Direzione Sociale dell'ASL e la Cooperativa "Il Solco" in qualità di realizzatore (progetto a finanziamento della DG Famiglia della Regione Lombardia). Sono stati realizzati: un seminario e due workshop sul tema "Carcere e psichiatria", cui hanno partecipato molti operatori dei servizi territoriali e anche dell'UEPE (servizi sociali del carcere), permettendo un proficuo confronto sulle criticità delle modalità di intervento in aree dissimili per obiettivi e trattamento. Il progetto più ampio prevede anche supporti all'inserimento lavorativo e interventi di educatori all'interno del carcere per favorire il raccordo con l'esterno in caso di dimissione.
- Attività delle Associazioni: la rappresentante del Coordinamento delle Associazioni dei familiari e il Direttore dei DSM di Varese, evidenziano che un organismo con storia ventennale - il GLP provinciale - unica esperienza in regione Lombardia di incontro frequente e continuativo di servizi della psichiatria e associazionismo, costituisce un'esperienza significativa sul territorio; ciò si è rivelato molto utile per un dialogo tra i diversi attori del territorio e che ha senso continuare anche ora: l'Organismo di Coordinamento infatti ha un ruolo istituzionale e regole di derivazione regionale che stabiliscono funzioni, obiettivi, contenuti e numero di partecipanti; il GLP è invece un gruppo connotato da aspetti più informali che permettono ampia e libera partecipazione, così come avvenuto sempre in questi anni.

Ciò ha permesso una miglior collaborazione tra i Servizi e le associazioni e stemperato conflittualità dovute a incomprensioni e pregiudizi. I due Organismi mantengono una buona integrazione.

Ci sono state anche diverse iniziative comuni che i DSM e le associazioni hanno realizzato in questi anni.

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 2010, 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, non solo a livello provinciale ma anche distrettuale;
- 2) Condivisione delle linee di programmazione e definizione di linee di indirizzo per un patto territoriale per la salute mentale, tra istituzioni e servizi, privato sociale e associazionismo;
- 3) Continuità nell'approfondire e trovare soluzioni a problematiche specifiche, già evidenziate in precedenza quali: misure alternative all'OPG, collaborazione tra servizi su aree di confine, collegamenti con i MMG per i percorsi di cura.
- 4) Monitoraggio progetti innovativi e della residenzialità (temporalità dei ricoveri e residenzialità leggera)

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

Anche nell'ambito della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, l'Organismo di Coordinamento dell'ASL della provincia di Varese - istituito con delibera ASL n. N. 557 del 25/09/2007 - ha costituito un momento di integrazione, confronto e coordinamento tra servizi sanitari e socio-sanitari, scuole, servizi sociali dei comuni; negli incontri effettuati nell'anno 2009, dopo

aver rilevato alcune criticità relativamente alla rete d'offerta e alle risorse in dotazione, è stato dato impulso ad alcune nuove attività ad integrazione di quelle ordinarie e che costituiscono un ulteriore passo nell'implementazione dei servizi.

L'Organismo di Coordinamento ha lavorato nel 2009 alla luce delle indicazioni della DGR 6860 del 19/03/2008 "Linee di indirizzo regionale per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza in attuazione del PSSR 2007-2009" e della DGR VIII/0088501.

Si illustrano di seguito le attività delle UONPIA nell'ambito dell'ASL della Provincia di Varese, i temi trattati dall'OdC della NPIA e gli obiettivi per il 2010.

#### L'utenza e i Servizi UONPIA nella Provincia di Varese

I minori rappresentano il 16,4% di tutta la popolazione residente in provincia.

Totale popolazione residente	863.137 <sup>1</sup>
Totale minori	141.525

I minori stranieri sono 13.763 e la diversa composizione etnica della popolazione minorile straniera è un ulteriore elemento di complessità.

Come già evidenziato le attuali ricerche rilevano che la popolazione dei minori appare caratterizzata da una più marcata fragilità, conseguente alle profonde modificazioni intervenute sia nelle relazioni intra-familiari, sia nella struttura economica e sociale della famiglia e più in generale della società.

Anche il territorio lombardo e della Provincia di Varese si caratterizza per una particolare presenza di situazioni d'emergenza sul fronte del disagio minorile, più nello specifico di quello adolescenziale e preadolescenziale, che sfocia in forme di disadattamento più o meno conclamato o in disturbi psicologici più o meno gravi.

Si rileva pertanto una costante crescita della domanda di presa in carico presso i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, che sembrerebbe indicare una sempre maggior prevalenza di disturbi neuropsichiatrici nei soggetti in età evolutiva. (dati internazionali di prevalenza dei disturbi neuropsichici in età evolutiva intorno al 18-22% della popolazione generale).

L'utenza ai Servizi di neuropsichiatria è aumentata nel corso degli anni; come si può evincere dal grafico n. 1 c'è stato un incremento di accesso ai servizi dal 2005 al 2007, con una stabilizzazione del dato nel 2008; il tasso attuale è nell'ordine del 4,4% di residenti minori che accedono a questa tipologia di Servizi (tasso regionale: 5%).

Il tasso di accesso varia in funzione dell'età degli assistiti ed ha una considerevole flessione nella fascia d'età adolescenziale, confermando un'area di carenza significativa di risposte in quell'età.

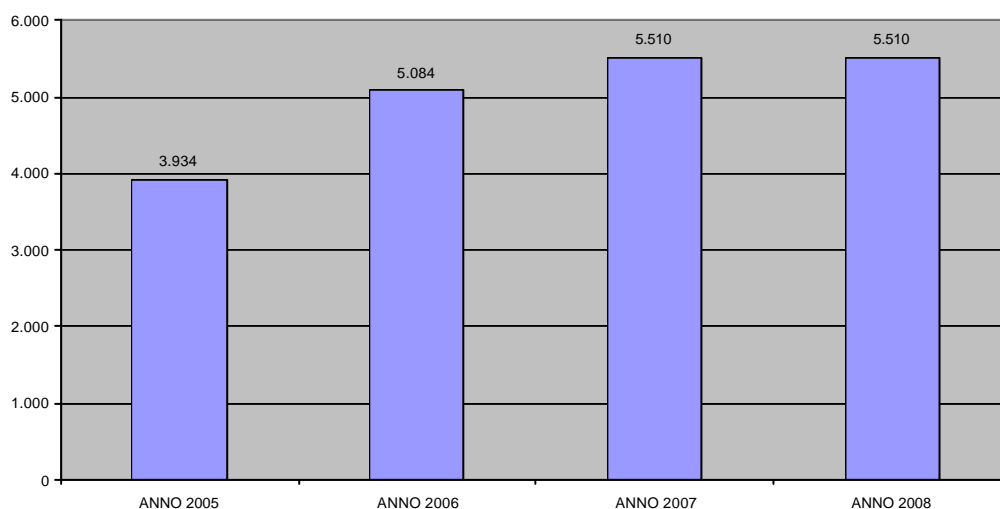
Il Servizio Territoriale di NPIA è la sede per la presa in carico del minore e per la gestione integrata dei bisogni di cura e di salute neuropsichica dello stesso e della sua famiglia.

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

Complessivamente il numero di minori e famiglie che si sono rivolte ai Servizi di neuropsichiatria in Regione Lombardia sono stati nell'anno 2009 N. 6.250; l'86% ai Servizi NPIA della Provincia di Varese ed il 14% fuori provincia, in particolare alle NPIA dei territori limitrofi (A.O. Legnano e A.O. Como) o a centri di specializzazione a Milano (Istituto neurologico Besta o Fatebenefratelli).

### Grafico n. 1

**N° UTENTI DEI SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA  
ANNI 2005-2008**



<sup>1</sup> Dati a cura dell'Osservatorio della Provincia di Varese – Assessorato alle Politiche Sociali e Giovani

Il 34% delle prestazioni ambulatoriali è costituito da attività di valutazione e presa in carico; il 44 % da attività riabilitative, comprese la quota di training a famiglia e scuola; il 12 % da attività indirette.

Una criticità più volte segnalate dalle UONPIA territoriali riguarda inoltre 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, nonostante l'alto numero di interventi di sostegno psicologico (nel 2008 N. 2.000 minori hanno usufruito di n. 4.298 interventi di sostegno psicologico; N. 90 minori hanno usufruito di N. 1783 prestazioni di psicoterapia).

Molte attività terapeutico-riabilitative sono svolte in regime semiresidenziale: per soggetti con disturbi della comunicazione, delle funzioni intellettive, della relazione e della socializzazione, in stretto raccordo e condivisione progettuale con i servizi territoriali; sono finalizzate a garantire interventi complessi e coordinati che richiedono un maggior grado di intensità, anche nell'ottica di prevenire o ridurre al minimo la necessità di ricorso al ricovero ospedaliero o alla residenzialità e favorire il mantenimento nel contesto sociale di appartenenza.

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.

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

I minori trattati in semiresidenzialità (con progetti di intervento nell'arco delle 8 ore o 4 ore) sono aumentati nel corso degli anni :

**Tabella n. 1**  
**(dati 28/san e dati ASL)**

Semiresidenzialità	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
N. UTENTI	98	101	111	139

Nella tabella n. 2 si riportano dati relativi ai minori trattati in regime residenzialità protetta: le strutture residenziali rappresentano una delle possibili risposte terapeutiche, qualora siano necessari non solo interventi terapeutico-riabilitativi intensivi e complessi, ma anche una parziale discontinuità con il contesto di vita.

L'intervento terapeutico e riabilitativo svolto con modalità residenziale deve sempre rappresentare un intervento temporaneo, in stretto raccordo con i Servizi territoriali di NPIA invianti e parte di un sistema complesso e integrato di servizi.

**Tabella n. 2**  
**Dati 28/san e dati ASL**

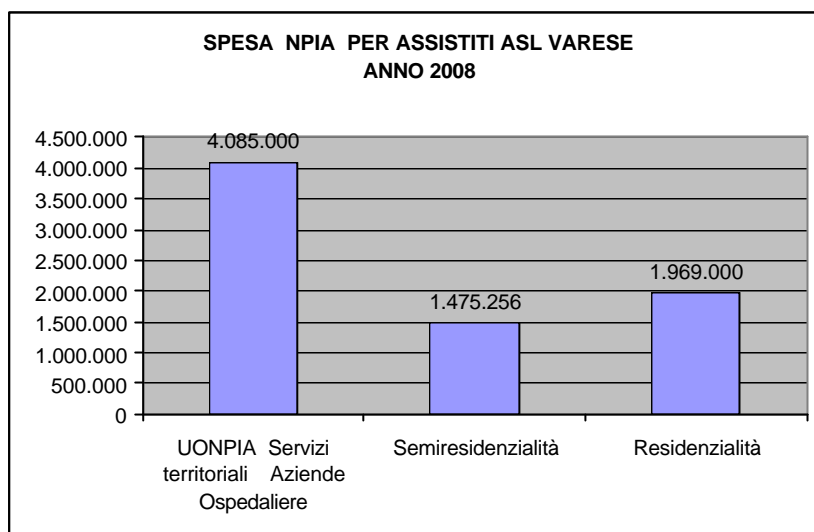
Residenzialità	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
N. UTENTI	43	41	43	35

Si tratta, nella maggioranza dei casi di soggetti sottoposti a provvedimento del Tribunale dei Minori, in età adolescenziale (16-18 anni), con problematiche di gravi disturbi del comportamento, condotte autolesive, gravi disturbi di personalità. La presa in carico si svolge in collaborazione tra le UONPIA e i Servizi Comunali della Tutela Minori.

Anche negli anni 2008 -2009 , la maggior parte dei minori collocati in Comunità terapeutiche si trovano in Comunità fuori provincia o fuori regione (Piemonte), per carenza di posti in regione Lombardia e totale assenza sul territorio della Provincia di Varese di comunità terapeutiche. Tale situazione costituisce una forte criticità: la lontananza geografica rende più difficoltoso il lavoro terapeutico con le famiglie; sono necessariamente ridotti o assenti i contatti con il territorio; il monitoraggio del progetto terapeutico da parte delle UONPIA invianti è impegnativo in termini temporali; il rientro sul territorio, alle dimissioni, difficile da prospettare.

Le prestazioni sopradescritte erogate dai servizi ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali costituiscono una spesa totale di € 7.529.000 (Grafico n. 3); tale quota è stata pressoché simile nel2009.

Grafico 3



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. La complessità e la necessità di sorveglianza possono essere connesse sia a particolare complessità clinica o delle prestazioni da erogarsi, sia a situazioni di particolare vulnerabilità del soggetto e della sua famiglia.

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.

Annualmente vengono in media erogate N. 1400 giornate di day-hospital per circa 600 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)

Come già evidenziato l'assenza nel territorio della Provincia di Varese di una struttura ospedaliera di ricovero ordinario di NPPIA 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.

La situazione delle tre Aziende Ospedaliere dell'ambito territoriale della Provincia di Varese, relativamente a questa tipologia di interventi è sinteticamente la 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.

Come indicato dalle linee di indirizzo regionale, la complessiva carenza di posti letto di NPPIA, 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.

Come già rilevato, 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.

#### *L'Organismo di Coordinamento della Neuropsichiatria*

Nell'anno 2009 sono stati sviluppati i seguenti temi:

- Migliorare il collegamento tra servizi rivolti ai minori, alla connessione tra servizi NPPIA e psichiatria per migliorare il passaggio della presa in carico (avvenuto in alcuni tavoli distrettuali);
- Si è approvato un documento, inviato all'Azienda Ospedaliera di Varese, per sollecitare la realizzazione di una struttura di ricovero ordinario di neuropsichiatria presso l'Ospedale.

- Si è valutata le necessità di ulteriori posti in semiresidenzialità, attraverso un'analisi clinico-epidemiologica ed una verifica delle liste d'attesa: è stato aumentato il budget assegnato al "Seme" di € 100.000, mentre il CRS della Fondazione Piatti amplierà la dotazione attuale di n. 10 posti che potranno essere operativi nel 2010.

- Si è verificata la fattibilità di realizzare una struttura residenziale terapeutica per preadolescenti – adolescenti sul territorio dell'ASL della Provincia di Varese; nel corso dell'anno sono stati proposti due progetti:

uno a Varese , presso una struttura di Fogliaro messa a disposizione dal Comune di Varese per un totale di 14 posti (due unità di 7 posti) dall'Associazione ANFFASS. I lavori di ristrutturazione e la procedura di accreditamento dovrebbe essere terminata entro il I° semestre 2010

uno a Castellanza in una struttura messa a disposizione del Comune che si connoterebbe come progetto sperimentale, basato oltre che su 10 posti di comunità terapeutica anche su appartamenti protetti e un centro di accoglienza ad alta intensità sanitaria per le emergenze-urgenze di minori (in alternativa al ricovero ospedaliero).

Entrambi i progetti, approvati dall'Organismo di coordinamento in quanto rispondenti alle necessità del territorio e non solo della Provincia di Varese, devono essere validati dalla Direzione Sanità della Regione Lombardia per il necessario finanziamento delle prestazioni previste per questa tipologia di attività.

- Si è approvato un progetto specifico delle UONPIA (come previsto dalla DGR VIII/8501 – All. 12) con risorse aggiuntive non storicizzabili, validato e finanziato a maggio 2009 dalla Direzione Generale Sanità regionale per un totale di €200.000 per l'anno 2009.

Gli obiettivi del progetto, che ha come Ente Capofila la UONPIA della Azienda Ospedaliera di Varese e interessa anche le UONPIA delle AA.OO. di Gallarate e Busto Arsizio, si articolano sulla fascia d'età adolescenziale e riguardano:

1. la presa in carico dei disturbi psichici attraverso una metodologia coerente e adeguata oltre che attenta alla complessità;
2. la messa in rete dei servizi, del privato sociale, dell'associazionismo che a diverso titolo operano nel settore.
3. la realizzazione di un'indagine clinico-epidemiologica su questa fascia d'età attraverso la rilevazione dei dati delle UONPIA con l'acquisizione e l'utilizzo di un apposito software.
4. la mappatura dei servizi, della rete d'offerta per gli adolescenti e degli attori territoriali coinvolti nello stesso ambito, per creare sinergie e azioni di prevenzione il più possibile efficaci.
5. realizzazioni di azioni formative specifiche rivolte agli operatori del territorio oltre a quelli delle UONPIA.

Per l'anno 2010 si prevedono le seguenti attività:

- Costituire un tavolo tecnico-scientifico per il supporto all'avvio dei progetti di residenzialità terapeutica nel territorio
- Approfondire le tematiche e affrontare in modo condiviso le criticità relativamente ai rapporti tra UONPIA e mondo scolastico, con particolare riferimento ai disturbi dell'apprendimento
- Prosieguo dei progetti sull'adolescenza, per i quali è stato chiesto alla DG Sanità della Regione Lombardia, il finanziamento anche per l'anno 2010
- Realizzare la Conferenza territoriale delle Neuropsichiatria, con il coinvolgimento dei servizi territoriali della cura e dell'assistenza ai minori

## **GOVERNO CLINICO TERRITORIALE**

### **Premessa**

Da anni l'ASL della provincia di Varese, tramite il proprio Dipartimento del Governo Clinico dell'Assistenza Primaria ed integrazione Medicina Territoriale e Specialistica, 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, nella figura dei Direttori Sanitari, 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 sulla condivisione di 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 del sistema.

Nello scambio informativo con i MMG/PLS si è privilegiato l'utilizzo del CRS/SISS, strumento ormai capillarmente diffuso tra i professionisti, anche a causa del coinvolgimento sempre più intenso della rete dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri.

Con questi strumenti l'ASL ha affrontato anche il problema della continuità dell'assistenza, consapevole 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, mantenendo al centro del sistema il cittadino.

## Azioni intraprese nel 2009

In particolare nel 2009 sono state intraprese le seguenti azioni:

**Diabete Mellito:** i MMG che, già nel 2008, avevano aderito al progetto aziendale sull'applicazione del PDTA sulla gestione del Diabete Mellito di tipo 2 hanno continuato ad inviare la documentazione prevista per il monitoraggio dei pazienti e tutti i dati (sono stati reclutati circa 12.000 pazienti) sono stati inseriti in un apposito database, utilizzabile per valutare l'aderenza al PDTA stesso. I dati forniti hanno permesso al Dipartimento delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale di acquisire tutta una serie di informazioni sui pazienti diabetici, informazioni che, in aggiunta a quanto ricavato dalla BDA, sono state utilizzate per soddisfare i debiti informativi con la Regione. È proseguita l'iniziativa di esenzione diretta da parte del MMG a favore del paziente diabetico ed è stata avviata una sperimentazione di monitoraggio telematico su 150 pazienti diabetici. Questi interventi hanno avuto anche la funzione di limitare l'accesso agli ambulatori specialistici, favorendo l'utilizzo degli stessi in modo più appropriato ai reali bisogni.

**Oncologia:** Nello specifico il Dipartimento delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale ha lavorato a stretto contatto con i rappresentanti delle Società Scientifiche della Medicina Generale per proseguire negli interventi di formazione in ambito oncologico, con audit distrettuali per identificare le problematiche più significative, dal punto di vista del Medico di Medicina Generale, e in seguito confronti con lo specialista oncologo che ha collaborato nel definire i percorsi assistenziali più adeguati, con una contestualizzazione degli interventi. Si è anche provveduto alla diffusione tra i MMG/PDF di informazioni sulla Rete Oncologica Lombarda (ROL). Infine si è sviluppato territorialmente in un'area distrettuale pilota un progetto di assistenza domiciliare al paziente oncologico terminale, in collaborazione con la Lega Italiana Lotta ai Tumori.

**Rischio Cardiocerebrovascolare:** visti gli interessanti risultati raggiunti negli anni precedenti, nel 2009 è proseguita la rilevazione del rischio cardiocerebrovascolare, con la somministrazione da parte dei MMG della carta del rischio ai cittadini che dovevano essere sottoposti ad una rivalutazione della propria situazione di rischio cardiocerebrovascolare.

Nel corso del 2009 la Direzione Sanitaria della ASL ha avviato, su indicazione regionale, un Tavolo Tecnico per la Neurologia composto da Specialisti Ospedalieri e Medici di Medicina Generale, per lo studio di modelli integrati ospedale-territorio e creare una reale sinergia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, con l'obiettivo di predisporre Linee Guida e Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali condivisi sulle patologie cronico-degenerative del Sistema nervoso, in particolare la malattia di Parkinson e il morbo di Alzheimer. L'attività è iniziata con una valutazione congiunta delle risorse a disposizione del territorio, una condivisione sulla fondamentale importanza della continuità delle cure per le malattie neurologiche, caratterizzate da cronicità e progressività, ed è stato stabilito che le patologie neurologiche costituiranno una delle tematiche per l'aggiornamento obbligatorio 2010 rivolto ai Medici di Medicina Generale.

**Promozione di sani stili di vita:** le patologie cronico degenerative e le patologie di rilevanza sociale (abuso di alcool, sostanze psicotrope, incidentalità stradale e domestica) rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica e appaiono costituire una vera, grande priorità di intervento per la popolazione. La causalità di queste patologie è complessa, ma è ben riconosciuta in letteratura l'associazione tra fattori di rischio definiti e la maggiore probabilità di instaurarsi delle patologie stesse. L'ASL della Provincia di Varese è impegnata nella lotta ai fattori di rischio e, in un'ottica di sussidiarietà, ha incrementato le sue collaborazioni nello sviluppo di proposte di promozione della salute, coinvolgendo Dipartimenti e Servizi Aziendali, la Provincia, l'Ufficio Scolastico Provinciale ed il Terzo settore.

Al fine di rendere evidente l'impegno dello sviluppo di un'azione integrata tra i diversi ambiti aziendali ed interistituzionali, è stato siglato nel dicembre 2008 un protocollo di intesa per progettare, validare, organizzare e realizzare progetti di prevenzione comuni e condivisi.

All'interno di questo piano sono stati identificati alcuni progetti sulla promozione di sani stili di vita finalizzati alla prevenzione, da svolgere in collaborazione con la medicina territoriale.

L'ASL di Varese ha progettato quindi di strutturare interventi mirati che coinvolgano direttamente anche il Servizio di Continuità Assistenziale con il Progetto Implementazione del Piano Integrato Locale degli Interventi di promozione della salute, che si è avviato nel 2009.

**Tavolo di Coordinamento Provinciale in ambito Pediatrico:** nel 2009 è proseguita l'attività del Tavolo tecnico, istituito su indicazione regionale, che vede rappresentati sia i pediatri ospedalieri che quelli che lavorano sul territorio.

È stato monitorato, per il secondo anno, l'impatto della diffusione dell'opuscolo "La febbre: un'alleata del bambino" per verificare l'ipotesi dell'effettivo miglioramento dell'utilizzo dei servizi specialistici ospedalieri e del PS. I risultati sono stati positivi e sono stati presentati dal primario della Pediatria dell'Ospedale di Gallarate nel corso di un convegno dedicato all'integrazione tra Ospedale e Territorio. È proseguita anche la distribuzione in tutta la provincia di un opuscolo su "La diarrea nel bambino" prodotto dal Tavolo. Il PDTA "Sovrappeso ed obesità in età pediatrica", predisposto dal Tavolo, è stato anche per il 2009 uno dei PDTA identificati dall'ASL e dai rappresentanti sindacali dei PDF, alla luce dell'ACR, come il percorso da attuare per il riconoscimento di una parte del compenso economico da corrispondere ai PDF, a fronte di interventi di governo clinico.

**Sensibilizzazione all'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto:** L'ASL avvalendosi della collaborazione del Dipartimento Cure Primarie, Dipartimento PAC e dei Distretti Socio-Sanitari ha organizzato degli incontri, presieduti dal Direttore Generale, a cui sono

stati invitati tutti i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia per sensibilizzare all'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto e all'appropriatezza prescrittiva. Gli stessi argomenti sono stati trattati anche in occasione di specifici incontri con le Aziende Ospedaliere, a cui hanno partecipato i Medici specialisti ospedalieri.

**Continuità dell'assistenza:** nel corso del 2009 si è realizzata la completa applicazione di quanto previsto nei progetti aziendali relativamente al progetto "Domiciliarità" e "Ambulatori a libero accesso". Dall'anno 2007, sulla base degli ACR per i MMG, l'ASL ha avviato i due progetti con lo scopo specifico di strutturare una migliore collaborazione del Servizio di CA con il sistema delle Cure Primarie, con particolare riferimento all'assistenza dei pazienti in condizioni critiche, anche temporaneamente, soprattutto se anziani.

I progetti "Domiciliarità" (68% di adesioni da parte dei MMG e 98% da parte dei medici della CA) e "Ambulatorio a libero accesso" (76% di adesioni da parte dei medici della CA) sono la parte contrattuale di un percorso aziendale molto più articolato che integra la medicina territoriale (MMG, PDF, CA, ADI, Ambulatori Specialistici) in un processo assistenziale utile alla presa in carico dei pazienti 24 ore su 24, nell'ottica di migliorare l'offerta ai cittadini e garantire una continuità della cura, non solo temporale ma anche metodologica. Nel 2009 ad integrazione del progetto Domiciliarità si è studiata anche una scheda unica per la presa in carico del paziente a domicilio, da utilizzare sia per le proposte di accessi in ADI, sia per ADP e segnalazione al Servizio di Continuità Assistenziale

Sempre all'interno del percorso di continuità dell'assistenza, per affrontare con gli strumenti più adeguati l'insorgenza della pandemia influenzale AH1N1, l'ASL ha approntato un progetto Pandemia che si è avviato nel 2009, con un corso di formazione per i medici di Continuità Assistenziale sulla malattia.

**Network regionali:** nell'anno 2009 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. Per quanto attiene alla Rete Regionale per le Malattie Rare l'ASL ha avviato un Tavolo Tecnico a cui partecipano i referenti delle Aziende Ospedaliere provinciali facenti parte della rete regionale e i rappresentanti della Medicina territoriale. Gli scopi di tale gruppo di lavoro sono quelli di tracciare insieme i percorsi dei pazienti trattati dalle Aziende Ospedaliere, individuare eventuali problematiche inerenti al loro trattamento e condividere le soluzioni al fine di migliorare i servizi assistenziali. Inoltre l'ASL sta predisponendo, secondo le indicazioni regionali, uno sportello per i pazienti affetti da malattie rare, che entrerà in funzione nel 2010.

**Telesorveglianza:** nel 2009 è stata consolidata ed ampliata l'attività del progetto Telemaco, attività che ci vede primi in Regione per l'assistenza con un monitoraggio telematico ai pazienti con BPCO. Nel corso del 2009 è stata anche avviata una sperimentazione di telemedicina con la disponibilità di specialisti che garantiscono una "second opinion" ai Medici di Medicina Generale per quei pazienti che abitano in località da dove è difficile raggiungere strutture sanitarie.

## Prospettive per l'anno 2010

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 i seguenti:

**Integrazione Ospedale-territorio e sensibilizzazione all'appropriatezza prescrittiva:** 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. Si proseguiranno poi gli incontri con gli specialisti Ospedalieri e i medici del territorio sull'appropriatezza prescrittiva e sull'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto.

**Diabete Mellito:** proseguirà il progetto PDTA Diabete Mellito, che coinvolge oltre 12.000 pazienti, e sarà potenziato da parte dell'ASL il monitoraggio degli indicatori di processo per valutare l'aderenza al percorso raccomandato, migliorando l'utilizzo dell'ambulatorio specialistico. Proseguirà anche la sperimentazione sul monitoraggio telematico dei pazienti diabetici.

**Oncologia:** gli interventi di formazione in ambito oncologico rimarranno uno dei principali momenti di interazione tra MMG e DIPO. Il modulo, già sperimentato nel corso degli anni passati, di un audit distrettuale per identificare le problematiche più importanti dal punto di vista del MMG, con la disponibilità di dati ricavati dalla BDA, si affiancherà a confronti con lo specialista oncologo, che collaborerà nel definire i percorsi assistenziali più adeguati, con una contestualizzazione degli interventi. Nel corso del 2010 verrà affrontata la problematica legata alla patologia oncologica prostatica. Continueranno anche gli interventi integrati con il terzo Settore per l'assistenza ai pazienti terminali.

**Progetto Domiciliarità:** durante il 2010 si potenzieranno gli interventi mirati a supportare, sostenere ed alleviare i pazienti affetti da patologie croniche invalidanti. Per questo verrà ulteriormente implementato il feedback tra i MMG e il Servizio di Continuità Assistenziale, con la sperimentazione della Scheda unica di segnalazione per pazienti al domicilio. Proseguirà anche il Progetto Ambulatoriale, dato il buon riscontro da parte degli utenti, valutato attraverso una specifica indagine statistica.

**Tavolo di Coordinamento Provinciale in ambito Pediatrico e Neurologico:** si proseguirà negli interventi finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza per l'utilizzo dei servizi specialistici ed ospedalieri, proseguendo sia con la distribuzione del materiale predisposto di informazione e di educazione all'utilizzo dei servizi (Tavolo della Pediatria) sia con una formazione con approfondimenti sulle malattie neurologiche di più elevata frequenza (morbo di Alzheimer e di Parkinson).

**Promozione di sani stili di vita:** proseguiranno nel 2010 i progetti sulla promozione di sani stili di vita finalizzati alla prevenzione, da svolgere in collaborazione con la medicina territoriale. In particolare l'ASL di Varese ha progettato di strutturare interventi mirati che coinvolgano direttamente anche il Servizio di Continuità Assistenziale con il Progetto Implementazione del Piano Integrato Locale degli Interventi di promozione della salute.

## **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 (oltre che secondo il modello tradizionale dell'erogazione attraverso le Farmacie aperte al pubblico sulla scorta della Convenzione Farmaceutica Nazionale) anche secondo modelli organizzativi sviluppati nell'ottica della migliore allocazione delle risorse economiche disponibili.

Per il 2010 l'obiettivo dell'ASL è quello di implementare la distribuzione diretta, in prima istanza, sia tramite l'ASL che le Aziende Ospedaliere, e quella per conto, al fine di ridurre al minimo la distribuzione dei farmaci PHT attraverso la convenzionata, nonché il progressivo raggiungimento del 32% del totale della spesa per equivalenti.

Verrà inoltre predisposto con cadenza bimestrale il Piano di Governo sulla spesa farmaceutica territoriale, in relazione ai dati di monitoraggio della stessa.

### **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.

L'analisi dei dati rendicontati in tipologia 13 di File F, riferiti al periodo disponibile gennaio-settembre 2009, fa rilevare che nel corso del 2009 sono stati seguiti 216 pazienti, con un incremento rispetto all'anno 2008 (+2).

Si tratta di assistiti 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.

Questa attività di erogazione diretta di medicinali ha anche condotto ad un più razionale impiego delle risorse economiche in funzione di risparmi generati dai migliori prezzi di acquisto destinati dall'industria alle strutture sanitarie.

Nel 2010 l'erogazione diretta sarà mantenuta quale modalità organizzativa ed incrementata secondo il documento predisposto dal Tavolo Tecnico aziendale in linea con gli indirizzi regionali e dell'ASL.

### **“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.

L'anno 2009 ha reso necessario un particolare percorso di analisi delle attività svolte nel corso degli anni, con lo scopo di valutare l'efficacia degli interventi ed i possibili scenari futuri. In ragione, poi, del modificarsi del contesto organizzativo aziendale e di sistema, con l'assunzione della DGR VIII/010411 del 28/10/2009 che ridetermina gli appannaggi destinati al sistema di distribuzione, sarà possibile, nel corso del 2010, ampliare il pannello di farmaci così gestiti. Contemporaneamente, sempre dal 2010 la modalità distributiva sarà garantita a tutti i cittadini lombardi e non solo a quelli residenti in provincia di Varese. Ciò renderà necessario definire ed organizzare ulteriori ambiti per l'esecuzione di controlli circa il servizio fornito.

### 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. In media nel corso del 2009 sono stati seguiti **1946** pazienti. Inoltre è stata portata a regime la procedura per la gestione informatizzata del processo di attivazione del paziente. In tal modo il distretto socio sanitario ha la possibilità di attivare il servizio al paziente avente diritto in tempi molto rapidi.

### Erogazione di NADE/NPT domiciliare

Nel corso dell'anno 2009 sono stati serviti a domicilio complessivamente **1.108** pazienti contro i **962** complessivamente serviti nel corso del 2008 (+15%), in terapia con nutrizione artificiale entrale e parenterale. Vi è stato un maggior turn over di pazienti in trattamento e un maggior carico a fine anno. Le condizioni dei singoli distretti sono rappresentate nella tabella sottostante.

L'analisi dei dati mostra un incremento nella prescrizione di diete per nutrizione parenterale domiciliare destinate, in massima parte, a pazienti con patologia tumorale in fase avanzata.

Distretto	Attivazioni	Cessazioni	In carico al 31/12/2009	In carico al 31/12/2008	Variazione % verso anno 2008
ARCISATE	37	21	41	28	46
AZZATE	39	27	27	27	0
BUSTO ARSIZIO	53	41	54	49	10
CASTELLANZA	53	25	43	22	95
CITTIGLIO	44	43	18	25	-28
GALLARATE	72	38	102	76	34
LUINO	35	31	21	29	-28
SARONNO	37	22	49	41	20
SESTO CALENDE	24	15	18	19	-5
SOMMA LOMBARDO	33	20	50	44	14
TRADATE	22	16	26	21	24
VARESE	99	46	111	77	44
<b>ASL VARESE</b>	<b>548</b>	<b>345</b>	<b>560</b>	<b>458</b>	<b>22</b>

### Erogazione diretta di dispositivi per incontinenti

A partire da aprile 2009 ed in relazione all'adesione, da parte dell'Azienda, alla convenzione CONSIP attiva, si è provveduto ad organizzare il servizio di distribuzione domiciliare di dispositivi per incontinenti. Detto servizio ha riguardato, **10.543 pazienti** ed ha reso necessario un notevole impegno di natura organizzativa, anche sotto il profilo delle attività di controllo che ne sono scaturite.

### 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 2010 si prevede di ampliare tale attività estendendo la distribuzione anche ad altri farmaci del PhT.

	Pazienti 2008	Pazienti 2009	Variazione %
NADE	962	1.108	+15%
Erogazione Dispositivi per incontinenti	Diversa modalità di erogazione	10.543	=
Erogazione diretta farmaci	212		
<b>OLT</b>	<b>1.448</b>		

### **Attività di informazione indipendente e di promozione della prescrizione dei medicinali equivalenti.**

Accanto alle attività di erogazione diretta di prestazioni di assistenza farmaceutica vanno poste, già da alcuni anni anche in relazione ai diversi disposti regionali in materia (ultima DGR VIII/ 10804/2009 “Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2010 “), ulteriori attività che hanno lo scopo di condividere e promuovere percorsi prescrittivi appropriati e sviluppati anche nell’ottica di un’adeguata allocazione di risorse economiche. In tal senso sono da interpretare, ad esempio, la condivisione con le AAOO della Provincia e i MMG PDF del “prontuario alla dimissione” dei medicinali equivalenti, strumento prescrittivo di promozione dei medicinali a brevetto scaduto all’interno di categorie terapeutiche omogenee (in particolare, per l’anno 2010) saranno oggetto di attenzione gli ATC A02, C10, C09 e C08 (inibitori di pompa, statine e farmaci antiipertensivi).

### **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 2007, 2008, 2009.

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 2009 è stata condivisa la 6<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 dell’andamento sia dei dati di consumo che di produzione fa rilevare come, rispetto all’anno 2008, vi sia un tendenziale incremento della ricettività di cittadini della provincia di Varese, da parte delle strutture presenti in provincia (dal 77% all’81% della produzione per cittadini lombardi), che si riflette in un incremento (dal 73% al 75%) della spesa erogata a favore di cittadini della provincia di Varese, se si considera la spesa totale sostenuta sul territorio lombardo.

L’analisi di quanto erogato nei primi sette mesi dell’anno 2009, per singola tipologia di file f, ha fatto rilevare come la spesa maggiore sia da riferire a farmaci innovativi (*tipologia 1*), a farmaci ad uso ambulatoriale (*tipologia 2*) e a farmaci per la cura di patologie tumorali (*tipologia 5*).

Analizzando i dati al dettaglio di ATC I livello è stato possibile confermare come i farmaci più utilizzati siano i farmaci antimicrobici (J), i farmaci immunomodulatori (L).

Confrontando la spesa erogata dalle stesse strutture a favore dei cittadini lombardi nei primi sette mesi del 2009 rispetto allo stesso periodo del 2008 si è rilevato come vi sia un sostanziale incremento della spesa riferita ai farmaci immunomodulatori, ai farmaci del sistema nervoso, ai farmaci oftalmologici, ai farmaci del sistema cardiovascolare. Si tratta di medicinali utilizzati per la cura di patologie croniche quali HIV, artrite reumatoide, psoriasi, sclerosi multipla, alcune patologie rare e i tumori.

L’analisi al dettaglio del principio attivo sia in riferimento alla spesa (euro) rendicontata che al numero di assistiti trattati, ha fatto rilevare come l’incremento di produzione delle strutture sia dovuto all’uso di nuove molecole (nelfinavir, etravirina, trabectedina, lapatinib, temsirolimus, abatacept, eculizumab, pegaptanib, ranibizumab), all’incremento del numero di assistiti trattati (per bosentan, natalizumab, bevacizumab, sunitinib, sorafenib, adalimumab, lenalidomide, levodopa in associazione a inibitore della decarbossilasi), allo spostamento degli assistiti verso trattamenti con farmaci in associazione (cura dell’HIV).

Nel corso del 2010 al fine di dare maggiori opportunità e responsabilità nella gestione delle risorse relative alle patologie gestite con farmaci innovativi, la DgSanità attiverà una specifica sperimentazione, con i professionisti, che prevede, sulla base delle più recenti evidenze di costo / efficacia, di individuare un valore medio di riferimento su base annuale per il trattamento dei pazienti affetti da HIV ed Artire reumatoide.

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 e 2009, 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 prot.12613 del 06.04.2009 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. Si è registrato un incremento nell’utilizzo di alcune molecole, come bevacizumab (tutte le strutture) e pemetrexed (in particolare A.O. Varese), da ascrivere all’allargamento delle indicazioni d’uso approvate nei mesi scorsi da AIFA.

Importanti novità sono state introdotte in campo oculistico in materia di somministrazioni di farmaci intravitreali per la cura delle maculopatie degenerative. La DGR 9173 del 2009 e le successive Circolari esplicative hanno regolamentato un percorso, secondo procedure di qualità, condizione necessaria per la rimborsabilità del farmaco in SSR. Si tratta di prestazioni ambulatoriali rendicontate con il flusso secondo Circolare 28/san. Il costo del farmaco anti VEGF viene rendicontato in *tipologia 2* di File F ed è soggetto a monitoraggio da parte di AIFA.

Regione Lombardia ha confermato che anche per l'anno 2010 le ASL dovranno verificare il 75% delle prescrizioni/erogazioni in file f dei farmaci oncologici con scheda AIFA indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione. Ha introdotto inoltre il controllo, sempre del 75%, delle prescrizioni di farmaci oftalmologici soggetti a monitoraggio.

L'incremento di spesa registrato invece, a carico del farmaco a base di bortezomib per la cura della leucemia è da attribuire ad un aumento del numero di assistiti in trattamento (A.O Varese e Busto).

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* senza obbligo di trasmissione dei dati di monitoraggio clinico e di spesa farmaceutica all'AIFA.

Nel corso del 2009 la Direzione Generale Sanità, in coordinamento e collaborazione con i professionisti, ha fornito nuove indicazioni riguardo la immunoterapia specifica. In particolare, ha dato indicazioni riguardo alcuni criteri per l'ottenimento della rimborsabilità in SSR attraverso la *tipologia 4* di file f.

La DGR 8120 del 1.10.2008 e le Regole di Sistema 2009 hanno disposto che le AA.OO. individuate (A.O. Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese e A.O. Ospedale di Circolo di Busto Arsizio) provvedessero alla fornitura agli istituti penitenziari anche di farmaci di fascia A e C (oltre ai farmaci di fascia H già forniti) e dei dispositivi medici.

Tale modalità di erogazione viene confermata per l'anno 2010.

Questa voce di spesa, sottoposta a tetto di spesa, verrà monitorata grazie alla compilazione da parte delle AA.OO. del file f – *tipologia 12*.

La distribuzione diretta da parte delle strutture ospedaliere garantisce sia un risparmio economico che la continuità assistenziale ospedale/ territorio, come previsto dall'art 8 comma c della Legge 405 del 2001, nel caso della dispensazione alla dimissione del primo ciclo terapeutico. E' in questa ottica che nel 2009 sono state condotte e saranno mantenute nel 2010 azioni di monitoraggio e di controllo su quanto erogato direttamente dalle strutture ospedaliere pubbliche presenti sul territorio della Provincia di Varese e rendicontato in *tipologia 6* (farmaci del PHT) e *tipologia 11* (primo ciclo di cura).

Le Regole di sistema 2010 prevedono un incremento del 10%, rispetto al 2009, 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.

In merito alla gestione contabile degli effetti dei controlli vengono ribadite le modalità d'azione già in essere.

Entro gennaio 2010 la DG Sanità, d'intesa con le strutture sanitarie, darà indicazioni relativamente alla gestione del sistema risk-sharing applicato ad alcuni farmaci sottoposti a scheda di monitoraggio AIFA.

## ASSISTENZA PROTESICA

### Premessa

Tutte le iniziative 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 fisiatristi, pneumologi, otorini, diabetologi, pediatri, per l'elaborazione di linee guida e protocolli operativi condivisi, ecc.) sono risultate efficaci nel favorire il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, l'integrazione ospedale – territorio, la collaborazione con le Associazioni di tutela, nell'ottica di offrire un servizio sempre più orientato alla soddisfazione dell'utente disabile.

Gli sforzi compiuti hanno certamente migliorato l'inserimento dell'Assistenza Protesica nel complessivo processo assistenziale rivolto al paziente. E', però, ancora troppo frequente l'isolamento della prestazione protesica da tutto il resto del contesto delle cure di ricovero, fisico-riabilitative e domiciliari

1. Nel 2009 è, pertanto, proseguito il lavoro intrapreso con gli specialisti prescrittori, finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza clinica delle prescrizioni e ad una sempre maggiore consapevolezza che la prestazione protesica vada inserita nel complessivo processo assistenziale rivolto al paziente attraverso le seguenti azioni:
  - Prosecuzione dell'attività di monitoraggio delle prescrizioni predisposte con modalità non conforme a quanto previsto dalla normativa
  - Attività di formazione rivolta ai prescrittori sulla normativa e su dispositivi protesici ritenuti ad elevato rischio di inappropriata (protesi d'arto e calzature ortopediche)
  - Definizione, in collaborazione con tutti gli attori coinvolti (Direzioni Sanitarie delle Strutture Erogatrici, Specialisti, altri Servizi Aziendali...) dei requisiti tecnico – organizzativi necessari per la prescrizione di protesi d'arto, tipologia di dispositivi che richiedono specifica competenza e un approccio multidisciplinare; ciò con l'obiettivo di arrivare all'individuazione di

Centri Specialistici Provinciali in grado di inquadrare tale prestazione protesica nel piano terapeutico – riabilitativo individuale, come già è stato fatto per le protesi acustiche e per la VDM in pazienti affetti da OSAS.

Tale modalità di lavoro 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 ha visto nel 2009 alcune ASL lombarde impegnate nella fase sperimentale.

2. E', inoltre, continuata la sistematica 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.
3. Nell'ambito dell'attività di Risk Management, è continuata l'attività prevista dalla procedura volta a prevenire e a monitorare eventi dannosi legati all'utilizzo di ausili erogati in comodato gratuito agli utenti.
4. L'aggiornamento dell'iter diagnostico – terapeutico per la VDM in favore di soggetti affetti da disturbi respiratori sonno – correlati, elaborato con la collaborazione dei Centri Specialistici che, in Provincia, sono impegnati nella diagnosi e terapia di tali patologie, è stato formalizzato dall'ASL con nuovo atto deliberativo ed è stato oggetto di contrattazione con le strutture erogatrici.
5. E' stata rinnovata 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.
6. Sono stati effettuati i controlli presso le Ditte fornitrici di protesi d'arto ed è stata verificata l'ottemperanza alle prescrizioni impartite nel corso dei sopralluoghi effettuati nel 2008.
7. Nel 2009 ha preso avvio la nuova modalità di erogazione degli ausili ad assorbenza con consegna a domicilio da parte della ditta aggiudicataria della gara CONSIP

#### **Azioni per l'anno 2010**

- Entro il mese di dicembre 2010 si prevede di portare a termine il piano di miglioramento del processo di erogazione delle protesi d'arto, iniziato nel novembre 2008.

Dall'attività di monitoraggio è, infatti, emerso che uno dei settori più a rischio di inappropriata prescrizione è rappresentato dalle protesi d'arto; le cause sono da ricercare nella particolare complessità della materia che richiederebbe una preparazione specifica dei prescrittori e un approccio multidisciplinare, attualmente possibile solo in rare realtà organizzative.

Questa ASL ha, pertanto, ritenuto opportuno predisporre un piano di miglioramento del processo in questione attraverso le seguenti azioni:

1. Organizzazione di un corso formativo specifico, aperto agli specialisti ortopedici e fisiatristi impegnati nel percorso di cura e riabilitazione del paziente amputato, agli operatori ASL incaricati della fase autorizzativa e ai tecnici protesisti delle ditte fornitrici.
  2. Costituzione di un gruppo di lavoro tra ASL e un pool di specialisti impegnati nel percorso di cura e riabilitazione del paziente amputato.
  3. Definizione di requisiti e standard di qualità, riguardanti sia i prescrittori che le Strutture dove gli stessi svolgono attività prescrittiva.
  4. Individuazione, in stretta collaborazione con le Direzioni Sanitarie delle Strutture Erogatrici, dei Centri e degli specialisti ad essi afferenti deputati alla prescrizione di protesi d'arto
  5. Corso formativo di 2° livello, rivolto agli specialisti dei Centri di Prescrizione Provinciali, per affinarne le competenze
  6. Predisposizione di indicazioni prescrittive condivise che l'ASL dovrà deliberare e far sottoscrivere agli Erogatori interessati
- Oltre a collaborare attivamente al processo di revisione stabilito dalla Direzione Generale Sanità, attraverso la partecipazione ai lavori del GAT Protesica Regionale, s'intende aderire alla sperimentazione prevista dalla DGR n. VIII/008730 del 22/12/08: "Determinazioni in merito alla revisione e riorganizzazione dell'attività di prescrizione ed erogazione di presidi, ausili e protesi."; si procederà, pertanto, ad individuare i prescrittori e i fornitori del territorio a cui proporre il nuovo percorso on-line e a porre in essere le azioni necessarie per attivare la fase sperimentale.
  - I contenuti del Piano di miglioramento saranno oggetto di valutazione nel Piano di Governo che verrà redatto bimestralmente.

## **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 PREVENZIONE E CONTROLLO**, allegato al Documento di Programmazione aziendale 2010 ed elaborato in coerenza con quanto indicato dalla D.g.r. n. 10804 del 16 Dicembre 2009 recante “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l’esercizio 2010”, con specifico riferimento all’Allegato 5 “Le attività di Prevenzione mediche e veterinarie della ASL”

Dall’analisi dei dati epidemiologici di contesto, derivano gli obiettivi prioritari per le attività di promozione della salute, prevenzione e controllo per l’anno 2010:

- la promozione della salute attraverso l’attuazione di interventi di provata efficacia secondo criteri di rilevanza e modificabilità, consolidando la pianificazione delle attività dell’area promozione della salute con riguardo ai determinanti comportamentali, 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 2010, 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 raccomandate e per le coorti oggetto della proposta attiva vaccinale con l’organizzazione delle campagne vaccinali; la sorveglianza epidemiologica, la profilassi e il controllo delle malattie infettive, con predisposizione e diffusione di report periodici. Saranno approfondite, in particolare, le segnalazione delle malattie infettive evitabili con la vaccinazione, di quelle con maggior impatto per numerosità di persone coinvolte o perché rappresentano eventi sentinella di patologie emergenti
- la prevenzione delle patologia 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 quinto round e quello del carcinoma del carcinoma del colon-retto, di cui è in corso il secondo round, che verrà completato nel 2010 e che rileva un costante aumento dell’adesione, che ha ormai superato il 50%, e implementando lo screening spontaneo del carcinoma della cervice uterina, attraverso specifiche attività di sensibilizzazione della quota di donne che non ha effettuato nell’ultimo quinquennio alcuna prestazione
- gli interventi presso il sedime aeroportuale di Malpensa, che dopo il recente ridimensionamento prevede un rilancio nei prossimi 4 anni, continuano per la prevenzione dei rischi ambientali, epidemici e di diffusione di malattie infettive, per la sicurezza dei lavoratori e per i 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 si conferma la collaborazione in atto tra l’ASL, USMAF e PIF di Malpensa, avviata positivamente nel 2008
- il controllo delle azioni messe in atto 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 logistica...) 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.). Sono in corso di avvio alcuni grandi opere (pedemontana, linea ferroviaria Arcisate-Stabio, ecc), alcune previste a servizio di EXPO, che necessitano di una attenzione e vigilanza particolare  
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; con molti di tali soggetti sono stati presi accordi per iniziative coordinate o integrate  
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, da poco centralizzate con uno sportello unico di ricezione e ai successivi interventi di controllo
- l’avvio di un progetto mirato alla individuazione delle potenziali criticità territoriali dal punto di vista dei rischi di esposizione della popolazione a contaminanti ambientali
- la sicurezza alimentare attraverso il controllo delle tossinfezioni alimentari dovute a nuove abitudini alimentari che si manifestano prevalentemente in ambito familiare e in particolar modo delle salmonellosi
- la verifica degli stabilimenti che importano ed esportano prodotti alimentari di origine animale da e per Paesi Terzi con l’individuazione di un responsabile per la supervisione dell’attività di controllo
- l’attività congiunta di controllo ufficiale tra l’Area Medica e Veterinaria nelle imprese alimentari “etiche”
- la programmazione integrata e i controlli congiunti/coordinati nell’area della sicurezza alimentare

- la prosecuzione del progetto “Definizione degli standard di funzionamento dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione che si occupano di sicurezza alimentare”
- l’esecuzione del Piano regionale straordinario di controllo della brucellosi ovicaprina
- il completamento dello sviluppo e della applicazione dei sistemi informatici; in particolare per l’Area Veterinaria, lo sviluppo dell’utilizzo della preaccettazione dei campioni dei Servizi A, B e C
- l’avvio dell’utilizzo del modulo controlli e l’implementazione dei sistemi di programmazione, reportistica e verifica dell’attività di controllo ufficiale delle Aree Veterinarie
- il controllo del randagismo e dei gatti che vivono in stato di libertà
- il controllo del benessere degli animali da compagnia nelle strutture pubbliche, professionali, commerciali e amatoriali
- il controllo del benessere degli animali da reddito
- la prosecuzione dell’attività di formazione del personale dei Dipartimenti coinvolti con corsi d’aula, formazione “sul campo” e corso residenziale mirato per accreditare operatori come auditor certificati secondo le norme ISO
- la continuazione dell’attività di informazione/comunicazione alla popolazione in generale e alle Associazioni di Categoria in tema di prevenzione

In termini generali, le attività di prevenzione e controllo saranno in via prioritaria indirizzate verso quelle strutture per le quali viene individuato un elevato livello di rischio e nel contempo verranno progressivamente ridotti gli interventi nelle strutture a basso livello di rischio.

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:

#### A) Indicatori di processo

1. incremento del 10% rispetto al 2009 del numero di controlli programmati nelle attività/strutture a maggior rischio inseriti nel sistema Impres@
2. rispetto del raggiungimento degli obiettivi di sistema per le diverse aree (percentuali di copertura vaccinale, estensione/adesione agli screening oncologici, quota dei controlli sulle strutture in materia di sicurezza e tutela dei lavoratori, sicurezza alimentare, igiene degli alimenti e acque destinate al consumo umano)
3. completezza e qualità nell’utilizzo dei sistemi informativi MAINF, Impres@, Vaccinazioni
4. utilizzo dei moduli di programmazione e rendicontazione dei controlli del sistema informativo veterinario
5. compilazione di almeno il 50% dei modelli 2/33 e 2/33bis tramite BDR
6. diminuzione della % di anomalie nei prelievi effettuati in allevamento ai fini dell’esecuzione del test rapido per la BSE

#### B) Indicatori di risultato

1. andamento degli infortuni sul lavoro segnalati dall’INAIL, tra biennio 2006-2007 e 2008- 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
4. gestione delle non conformità rilevate dal DPV negli stabilimenti autorizzati all’export di prodotti a base di carne e latte

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 2010:

- il **Piano Integrato delle attività di prevenzione e dei controlli 2008-2010 – pianificazione anno 2010**, 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 – pianificazione 2010**, 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**
- 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**
- il **Piano integrato per il controllo del benessere degli animali da affezione**
- il **Piano integrato per il controllo del benessere degli animali da reddito**

## **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 nelle Regole 2010 Allegato 13, deve prevedere anche per l'anno 2010 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 2010, si terrà anzitutto in particolare conto delle "Regole di sistema 2010" (DGR 10804 del 16.12.2009), 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, e degli obiettivi riferiti al contenimento della spesa farmaceutica.

Si tratta quindi di stabilire alcuni principi di analisi, identificazione di priorità di vigilanza e controllo per l'anno 2010, 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.

Per il **Piano Controlli 2010**, si sono tenute in particolare conto le "Regole di sistema 2010" (DGR 10804/09), 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 continuare a garantire un incontro sempre più ampio con gli obiettivi del Piano di prevenzione integrato di cui alla C.R.- 19/SAN/08 e s.i.m..

Si tratta quindi di confermare alcuni principi di analisi, identificazione di priorità di vigilanza e controllo anche per l'anno 2010, 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. **Anche per il 2010 si conferma il principio generale di analisi di contesto centrato sul rischio per il paziente, fondamentale per il sostegno del processo di "risk management" (si veda specifico capitolo alle pagg. 14-16 dell'All. 2 alla DGR 10804/09). Ciò verrà in particolare esteso al settore della "chirurgia ambulatoriale a bassa intensità", che la Regione prevede di istituire (indicando i requisiti del caso) presso le strutture di ricovero e cura, anche ai sensi del già citato Atto di Intesa Stato-Regioni del 03.12.2009 (riif. All. 9 e 10 alla DGR 10804/09).** Le attività di vigilanza e controllo 2010 continueranno pertanto a rivolgersi sia ai processi di lavoro comportanti situazioni di rischio trasversale rilevante in varie strutture sanitarie (come la sicurezza elettrica in attività interventistiche), sia, per ciascuna struttura, al tipo di attività più rischioso per il paziente (come 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 per la prevenzione delle infezioni nosocomiali si ribadirà l'importanza dell'adozione dei protocolli operativi in via di approvazione da parte delle Aziende Ospedaliere a le strutture di ricovero riabilitativo. Si dovrà poi proseguire, secondo le periodiche 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.

Infine, ai sensi di quanto previsto alle pagg. 14 e 15 dell'All. 13 alla DGR 10804/09, verranno inserite nel Piano dei Controlli 2010 le visite ispettive in almeno il 50% dei Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del territorio di competenza.

Per il 2010 permane infine l'impegno ulteriore di mantenere la performance del Servizio Autorizzazione e Accreditamento 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 2010.

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.

Nello specifico, rimangono vincolanti gli obiettivi quantitativi previsti dalla legge finanziaria 2009 e ribadite dalle regole di sistema 2010 della Regione Lombardia, che indicano il controllo di almeno il 10% delle prestazioni di ricovero erogate e del 3,5% delle prestazioni specialistiche.

Il tracciato record File F rappresenta lo strumento di rendicontazione della spesa sostenuta dalle Aziende Ospedaliere e dalle strutture private accreditate, riferita ai farmaci erogati in regime diverso dal ricovero ordinario.

Si conferma anche per l'anno 2010, come obiettivo diretto al controllo dei farmaci innovativi l'obbligo dell'ASL di controllare/monitorare il 75% della erogazione dei farmaci oncologici ed oftalmologici soggetti a monitoraggio AIFA indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione. Nell'ambito delle attività rivolte alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva si confermano le attività di controllo già in essere e descritte in dettaglio nel Piano Controlli.

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 2010, 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

L'ASL della Provincia di Varese è impegnata in questo 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 2009 si è proseguito nell'implementazione delle azioni previste in sinergia sia con i prescrittori che con gli erogatori.

In ottemperanza a quanto previsto dalle "Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2010" 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 2010" 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 2009 dei tempi di attesa delle **prestazioni ambulatoriali** pur confermando 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 molte richieste, ha tuttavia evidenziato un complessivo miglioramento, confermando, per altro, una situazione diversa sul territorio provinciale che, come è noto, presenta una rete d'offerta sanitaria storicamente caratterizzata da un sostanziale sbilanciamento a favore dell'area sud-orientale. Sarà pertanto necessario nel corso del 2010 perfezionare le azioni in essere contestualizzandole maggiormente alle diverse realtà distrettuali, con riferimento alle tre aree a cui i Piani Attuativi fanno riferimento, 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. Per quanto attiene alle **prestazioni di ricovero** sono progressivamente rientrate le criticità per gli interventi di protesi d'anca anche presso l'AO Macchi; inoltre, anche se dalle indagini di prevalenza regionali non emergono particolari criticità nell'area degli interventi oncologici, si intende mantener viva l'attenzione in questo ambito così delicato, per altro oggetto di confronto continuo a livello provinciale.

- **Monitoraggio:** con la messa a regime nel corso del 2009 della nuova modalità via web di trasmissione dei dati relativi alle indagini di prevalenza mensili dagli Erogatori a Regione Lombardia, il ruolo dell'ASL è mutato, consentendo di sviluppare maggiormente gli aspetti di governance di sistema. A tal proposito si intende proseguire e perfezionare ulteriormente l'analisi dei dati reperibili dalle banche dati ed elaborati da una specifica funzione del Cruscotto Aziendale, con la produzione di report di sintesi che si configurano come momento di confronto con gli Erogatori per elaborare strategie condivise ed affrontare eventuali criticità emergenti.
- **Controlli:** proseguiranno 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:** si procederà al rinnovo dei contratti in essere per gli operatori Privati Accreditati che intendono continuare ad aderire al Progetto CCR. Più in generale sarà posta particolare attenzione a favorire, a livello locale, la diffusione del servizio di prenotazione tramite altri canali oltre a quello telefonico (farmacie, MMG/PdF, cittadino). 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, nell'ambito del progetto CCR. Proseguiranno anche le iniziative informative al fine di incrementare ulteriormente l'utilizzo di tali canali.

## INDICI DI OFFERTA E NEGOZIAZIONE

**Dall'analisi del contesto epidemiologico,** si conferma che nel corso dell'anno 2009 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 4,2 posti letto attivi per 1000 abitanti (di cui 3,37 per acuti e 0,83 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 alcune visite specialistiche.

In relazione a quanto esposto e alle indicazioni contenute nelle Regole di Sistema 2010, 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 le tre aree (nord, centro e sud) della provincia;
- riduzione delle liste d'attesa, soprattutto per quanto attiene alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali, in particolare l'area cardiovascolare e la diagnostica per immagini (RMN);
- 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 ad un valore inferiore a 175 ricoveri per 1000 abitanti e dell'indice dei posti letto per 1000 abitanti entro il 4,2, 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, in riferimento alla specifica Agenzia Regionale;
- 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, nonché della neuropsichiatria infantile secondo quanto indicato dalle "Regole 2010".

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), secondo indicazioni e criteri di finanziamento regionali, nonché sull'appropriatezza dell'uso di farmaci in ambito oncologico e non (File F);
- 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 2008 solo l'8,4% delle prestazioni specialistiche complessive dei residenti viene erogato fuori provincia, a fronte del 14,4% di quelle ortopediche e del 23,4% di quelle oncologiche. Carente pure la richiesta di RMN soddisfatta dalle strutture provinciali, e ciò si verifica nel corso del 2008 in particolare nell'area centrale della provincia, che orbita intorno al gallaratese;

- 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 2009, ma trattandosi di "nodi" di sanità pubblica di risoluzione difficoltosa in tempi brevi, permangono nella loro attualità anche per il 2010, 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 di ASL non superiore a 175 x 1.000 (abbattuto del 20,9%, che corrisponde alla quota di mobilità passiva extraprovinciale);*
- *allineamento tendenziale del profilo d'offerta per acuti e riabilitativo agli indici previsti nell'allegato A dell'Intesa Stato Regioni del 03 dicembre 2009 "Patto per la Salute";*
- *sospensione della messa a contratto di nuove attività di specialistica ambulatoriale, fatte salve possibili eccezioni relativamente alle specialità di radioterapia, dialisi e medicina nucleare motivate e comprovate da specifiche valutazioni di tipo clinico, nonché da considerazioni di tipo epidemiologico effettuate dall'ASL, in merito ad insufficienza macro territoriale di servizi;*
- *governo dell'assistenza specialistica ambulatoriale secondo bisogni e appropriatezza prescrittivi;*
- *partecipazione dell'ASL a progetti in ambito della Cardiologia e della Cardiocirurgia con le Aziende Ospedaliere al fine dello svolgimento di attività integrate secondo reciproche competenze e discipline;*
- *possibilità di assegnazione di risorse economiche per progetti inerenti le attività di Medicina Sportiva, al fine di assolvere obblighi di legge per la certificazione di idoneità sportiva agonistica di minori e disabili;*
- *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), come previsto dall'art. 8 Legge 16 novembre 2001, n. 405;*
- *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, al fine del raggiungimento del 32% del totale della spesa per equivalenti;*
- *promozione di PDT condivisi per un uso appropriato di farmaci in patologie croniche;*
- *perfezionamento del protocollo sperimentale relativo all'area della riabilitazione ambulatoriale;*
- *obbligo di prescrizione anche da parte degli specialisti ospedalieri e territoriali su ricettario SSR, del primo ciclo terapeutico o il cambio di terapia;*
- *conferma 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;*
- *razionalizzazione delle modalità di erogazione di alcune procedure chirurgiche di bassa complessità, in particolare nelle discipline di oculistica e ortopedia, con possibilità di erogazione delle stesse in ambito ambulatoriale, nel rispetto dei requisiti autorizzativi previsti dagli allegati 9 e 10 della DGR 10804/2009 finalizzati alla tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori.*