

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Milano  
Città Metropolitana

# **TUTELARE LA SALUTE PER GUADAGNARE SALUTE**

## **Programma ATS 2019-2023**

## Sommario

1.	Cosa vogliamo essere: quale vogliamo sia la nostra missione.....	2
1.1	ATS come soggetto di riferimento per la tutela della salute.....	2
1.2	Garanzia dei principi fondanti il Sistema Sanitario Nazionale: come si declina la tutela.....	3
1.2.1	Diritto alla salute.....	3
1.2.2	Diritto di accesso e orientamento.....	3
1.2.3	Diritto a cure efficaci, appropriate ed adeguate.....	4
1.2.4	Diritto alla prossimità.....	4
1.3	Un passo in più, per essere ancor più efficaci e fedeli alla missione.....	5
2.	Dove siamo (e dove non siamo).....	7
2.1	Il contesto esterno e le sue urgenze.....	7
2.2	Il contesto interno.....	8
2.3	Come siamo percepiti.....	9
3.	Dove vogliamo andare: gli obiettivi e le azioni per raggiungerli.....	10
3.1	Interventi per garantire il Diritto alla salute.....	10
3.1.1	Una cultura della prevenzione per il primato della prevenzione.....	10
3.1.2	La salute e l'ambiente.....	10
3.1.3	Attività di vigilanza e controllo.....	11
3.1.4	La salute in ambito veterinario.....	11
3.2	Interventi per migliorare l'accesso e favorire l'orientamento.....	12
3.2.1	Informazione, consapevolezza e orientamento dei pazienti in un sistema articolato e complesso.....	12
3.2.2	Miglioramento della capacità di accesso al sistema di Cure Primarie.....	13
3.2.3	Miglioramento dei tempi di attesa e semplificazione nell'accesso alle prestazioni ambulatoriali.....	14
3.2.4	Trasparenza nelle liste di attesa.....	14
3.2.5	Riduzione del sovraffollamento nei Pronto Soccorso.....	15
3.2.6	Interventi relativi all'ambito farmaceutico.....	15
3.2.7	Interventi relativi alla spesa privata dei cittadini.....	16
3.2.8	Interventi per l'integrazione sociosanitaria e la continuità cura-assistenza.....	16
3.2.9	Interventi per l'omogeneità della valutazione multidimensionale per l'accesso alle prestazioni.....	17
3.3	Interventi per garantire il Diritto a cure efficaci, appropriate e adeguate.....	17
3.3.1	Attuazione del modello di Presa in Carico.....	17
3.3.2	Sistema di emergenza – urgenza.....	18
3.3.3	Rete delle Cure Primarie.....	19
3.3.4	Rete ospedaliera: ricoveri e prestazioni ambulatoriali.....	19
3.3.5	Assistenza Farmaceutica, Protesica e Integrativa.....	20
3.3.6	Rete sociosanitaria.....	21
3.3.7	Rete della salute mentale.....	22
3.4	Interventi per garantire il Diritto alla prossimità.....	22
4.	Come intendiamo muoverci.....	24
4.1	La valutazione e la misura come guida per l'attività programmatica.....	24
4.2	La funzione di riferimento verso il cittadino e le comunità territoriali.....	24
4.2.1	Il rafforzamento dei Distretti.....	24
4.2.2	Un riferimento per le comunità locali.....	25
4.2.3	Il potenziamento dell'ascolto e della relazione con il cittadino.....	25
4.2.4	La Scuola di Salute.....	26
4.3	Interventi organizzativi interni per migliorare clima aziendale e condizioni di lavoro.....	26
4.3.1	Benessere organizzativo.....	26
4.3.2	Promozione di politiche di conciliazione.....	26
4.3.3	Apertura tavolo interno per WHP aziendale.....	27
4.3.4	Sedi istituzionali.....	27

# 1. Cosa vogliamo essere: quale vogliamo sia la nostra missione

## 1.1 ATS come soggetto di riferimento per la tutela della salute

L'art. 32 della Costituzione Italiana stabilisce che *“la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”* (unico diritto cui la costituzione riserva l'aggettivo di *“fondamentale”*) e il nostro Servizio Sanitario Nazionale fa dell'universalità e dell'equità due dei suoi principi fondanti.

La funzione di tutela è quindi intrinseca all'esistenza del servizio sociosanitario regionale e ispira da sempre le varie riforme del sistema sociosanitario lombardo che - nella sua ultima evoluzione (L.R. 23/2015) – ne ha fatto la caratterizzazione di una nuova tipologia di enti: le Agenzie di Tutela della Salute (ATS).

La funzione di tutela, quindi, è la ragion d'essere delle ATS.

Svolgere questa funzione di garanzia dello stato di salute ha oggi una declinazione sempre più dinamica, in un contesto dove la popolazione sta variando, nascono nuovi bisogni, emergono nuove minacce di salute e gli scenari di finanza pubblica pongono vincoli oggettivi. L'Agenzia deve operare per sviluppare, valorizzare ed estendere l'orizzonte della tutela della collettività e del cittadino, affinché il Sistema Sociosanitario Regionale (SSR) possa essere efficace, appropriato e sostenibile, e quindi effettivamente universalistico, equo e solidaristico.

Un'ATS che tutela la salute parte dalla conoscenza dei bisogni e della domanda di salute della sua popolazione per agire, nel dialogo e nelle collaborazioni tra le istituzioni, con i cittadini e le associazioni, affinché la salute diventi uno dei criteri di riferimento per le politiche di governo territoriale e per le scelte di vita dei cittadini.

Un'ATS che tutela la salute è un soggetto che si concepisce al servizio della collettività e quindi in ascolto e in relazione con tutti i diversi portatori di interesse.

Un'ATS che tutela la salute svolge il proprio ruolo di governo e di garanzia affinché si creino condizioni e situazioni di salute per i propri cittadini, mediante azioni di programmazione, prevenzione che orientino i contributi di tutti in tale direzione e amplifichino gli sforzi compiuti dai diversi attori.

Un'ATS che tutela la salute promuove attivamente la rimozione dei rischi (ambientali, sociali, comportamentali, ecc.) che minacciano la salute e la diffusione delle informazioni e delle conoscenze utili al cittadino.

Un'ATS che tutela la salute monitora le varie dimensioni della qualità (efficacia, accessibilità, equità, umanità, ecc.) e della quantità delle cure erogate dal sistema dei servizi sanitari e sociosanitari, e ne garantisce il funzionamento regolare e integrato con una programmazione coerente con le necessità della popolazione.

Un'ATS che tutela la salute esercita le sue azioni di vigilanza e controllo sulle diverse attività (strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali, farmacie, imprese ed esercizi, filiere agro-zootecniche-alimentari) e sui professionisti, modulandole in base alla specificità del contesto territoriale e avendo come riferimento principale l'impatto sulla salute di queste attività.

Un'ATS che tutela la salute vuole *“render conto”* ai cittadini e alle istituzioni di come utilizza le risorse affidate alla sua responsabilità, di come organizza la propria attività e dei risultati che ottiene con le sue azioni di programmazione e di controllo.

La funzione di tutela richiede quindi all'ATS di mettere la salute della persona al centro delle proprie scelte e delle proprie azioni, farne la dimensione di riferimento per le proprie analisi e la misura fondamentale per le proprie valutazioni, l'obiettivo generale verso cui far convergere le proprie azioni di governo sul versante sia della domanda sia dell'offerta.

La declinazione della funzione di tutela viene ora presentata evidenziando quattro diritti che costituiscono i punti cardinali che orientano le azioni di ATS:

- Diritto alla salute;
- Diritto di accesso e orientamento;
- Diritto alle cure efficaci, appropriate ed adeguate;
- Diritto alla prossimità.

## **1.2 Garanzia dei principi fondanti il Sistema Sanitario Nazionale: come si declina la tutela**

### **1.2.1 Diritto alla salute**

Il primo diritto è il Diritto alla salute, che è concepito e si sostanzia in due direttrici:

- una collettiva, rivolta alla tutela delle comunità e con forti interazioni con le amministrazioni locali, con particolare attenzione all'ambiente e alla salute degli animali che lo popolano, ai luoghi di vita e lavoro, agli alimenti e alla nutrizione;
- una individuale, che ha come destinatario il cittadino e che si riferisce a tutti gli elementi che incidono sulle sue condizioni di salute, con un'attenzione crescente alla promozione di corretti stili di vita e alla prevenzione.

La salute rappresenta un elemento centrale nella vita e una condizione indispensabile del benessere individuale e della prosperità delle popolazioni. Essa ha conseguenze che impattano su tutte le dimensioni della vita dell'individuo in tutte le sue diverse fasi, modificando le condizioni di vita, i comportamenti, le relazioni sociali, le opportunità e le prospettive dei singoli e, spesso, delle loro famiglie e delle comunità in cui vivono. Via via che l'età cresce, così come nella fase iniziale della vita, il ruolo svolto dalla condizione di salute tende a divenire sempre più significativo.

La salute è il risultato di molteplici fattori riferibili al singolo individuo (patrimonio genetico, caratteristiche biologiche, demografiche, psicologiche, comportamentali, sociali, economiche), al contesto e all'ambiente in cui vive e lavora, all'insieme delle conoscenze, delle strutture e delle risorse finalizzate alla protezione sanitaria e alla cura. Questi fattori possono agire sulla salute in particolari fasi critiche in modo cumulativo nel corso della vita ed il loro effetto modificarsi nell'interazione e manifestarsi con una latenza variabile. Diverse sono, inoltre, le dimensioni da considerare nella valutazione delle condizioni di salute dell'individuo: la dimensione fisica, mentale ed emotiva, e funzionale, quest'ultima finalizzata a valutare la capacità dell'individuo di condurre una vita autonoma, tanto dal punto di vista fisico che sociale. Un ruolo importante è svolto dalla percezione che l'individuo ha della propria salute, interpreta i segnali che provengono dal suo corpo e dal suo ambiente, orientandone i comportamenti (prevenzione secondaria, ricorso ai servizi sanitari, abitudini e stili di vita).

L'attuazione del Diritto alla salute è pertanto strettamente collegata alla consapevolezza del cittadino, che favorisce comportamenti responsabili. È in questo senso che la prevenzione può diventare strumento di "guadagno di salute", innescando nel medio periodo anche un utilizzo più efficace delle risorse.

Per ATS rafforzare il proprio ruolo implica l'obiettivo del miglioramento delle condizioni di salute dei propri assistiti, comporta il riconoscere le situazioni che possono ridurre lo stato di salute della popolazione, richiede di accompagnare alla tradizionale attività di governo della domanda/offerta di prestazioni sanitarie e sociosanitarie con lo sviluppo di forme integrate di promozione della salute della popolazione tendenzialmente sana. Tutto questo a partire dalla capacità di intercettare le situazioni pericolose o potenzialmente tali, mettendo in atto tutte le azioni correttive per riportare lo stato di salute almeno ad un riferimento atteso e possibilmente incrementarlo, riducendo la pressione dei fattori di rischio individuali, mediante le azioni programmate di promozione della salute e gli interventi finalizzati alla identificazione precoce di condizioni di malattia e più in generale monitorando i territori, controllando i livelli di esposizione a fattori di rischio ambientali e zoonosici, nei luoghi di lavoro e di vita, negli alimenti.

### **1.2.2 Diritto di accesso e orientamento**

Il sistema dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, pur non costituendo l'unico fattore determinante della salute, rappresenta lo strumento fondamentale attraverso il quale il nostro Paese garantisce il diritto costituzionale alla salute. Condizione necessaria perché il sistema dei servizi incida efficacemente sulla salute individuale e collettiva è che i servizi siano adeguatamente accessibili nei tempi, nei luoghi e nei gruppi di popolazione che li necessitano.

L'azione di tutela richiede alle ATS di considerare la dimensione dell'accessibilità ai servizi come riferimento fondamentale per il proprio ruolo di regolazione del sistema dei servizi. Diventa quindi importante identificare fattori e contesti (attuali o potenziali) che possano condizionare l'adeguatezza e l'equità di accesso ai servizi e adottare, di conseguenza, azioni efficaci a garantirli.

Per questo una delle azioni prioritarie della Agenzia è misurare l'eterogeneità a qualsiasi livello con il fine di governarla: identificare e analizzare le differenze (di salute, di domanda e d'uso dei servizi) presenti in territori e in contesti sociali

diversi per riuscire a intervenire sui loro determinanti. Poter disporre di una rete ospedaliera e territoriale di eccellenza e di normative che garantiscono l'accesso alle prestazioni previste nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) non rappresenta di per sé un elemento di garanzia, se non viene accompagnata da azioni mirate a garantire l'equità di accesso alle cure da parte dei gruppi sociali più vulnerabili.

Ulteriore elemento a cui prestare grande attenzione è la complessità in cui oggi si articola il sistema di offerta sanitario e sociosanitario; infatti se da una parte il sistema si è frammentato in una molteplicità di strutture (con missioni, responsabilità e denominazioni diverse) nel segno della specificità delle prestazioni (si pensi alla varietà nel campo della salute mentale e o del sociosanitario), nella vita quotidiana molti cittadini percepiscono ancora l'ospedale, il medico di famiglia o addirittura "la mutua" come gli unici interlocutori cui rivolgersi per ogni loro problema.

Per questo la possibilità di accesso non sarà reale se non sarà affiancata da un accompagnamento nella fruizione dei servizi, ma anche nella conoscenza degli stessi ("chi", "cosa", "come", "dove", "quando" è disponibile) e delle opportunità di sostegno, anche economico, che Regione Lombardia ha creato in questi anni.

La corretta informazione e orientamento è anche condizione per un'effettiva valutazione delle politiche messe in atto, da cui ricavare preziosi suggerimenti per il miglioramento costante del sistema.

### **1.2.3 Diritto a cure efficaci, appropriate ed adeguate**

Ogni persona ha diritto di ricevere cure appropriate e opportune, basate sull'evidenza. La persona ha diritto di partecipare in modo consapevole, attivo e sicuro alle cure nel rispetto del diritto di essere informata sulle proprie condizioni di salute, i benefici e i rischi dei trattamenti proposti, le possibili alternative, gli eventuali percorsi riabilitativi conseguenti. La funzione di tutela propria della ATS si esplica nell'assolvimento dei suoi numerosi compiti di programmazione e di controllo indirizzando ogni sua azione a garantire che i cittadini possano fruire di cure adeguate e appropriate. Anche in questo caso il numero dei fattori su cui è necessario agire e la complessità che caratterizza le relazioni tra questi diversi fattori richiede di adottare strategie a più livelli basando le proprie decisioni sui risultati dei sistemi di monitoraggio e di ascolto, occupandosi in modo diretto del governo della domanda e dell'offerta di servizi e agendo, in modo indiretto, sulla qualità attraverso la valorizzazione dei professionisti e delle loro relazioni all'interno delle varie reti. La rete dell'offerta sanitaria e sociosanitaria presente nella ATS di Milano non trova realtà paragonabili a livello italiano, e in considerazione di alcune specificità (coesistenza quasi alla pari di erogatori pubblici e privati accreditati), anche a livello internazionale. Tali risorse devono essere governate rendendo più centrali i temi di disegno e di equilibrio tra offerta e domanda/bisogni. Il piano di riorganizzazione della rete dell'offerta, tenendo come punti cardine la garanzia delle prestazioni LEA, deve necessariamente transitare dalla identificazione delle prestazioni a maggiore consumo di risorse su cui intervenire utilizzando criteri di appropriatezza e di evidenza di efficacia o di rapporto costo/efficacia.

Nell'attività futura dell'Agenzia, che deve trovare una nuova modalità per indirizzare l'offerta sanitaria, uno sviluppo conseguente sarà la valutazione dell'erogazione nelle aree ad alta tecnologia (protesi ortopediche maggiori, interventi di cardiocirurgia non a cielo aperto, chirurgia robotica, diagnostica per immagini, medicina nucleare, radioterapia) tenendo conto delle analisi dei risultati (nella logica dell'*Health Technology Assessment*, HTA) finalizzate a superare i soli criteri di appropriatezza clinica utilizzando, anche, la valutazione degli esiti e della soddisfazione espresse dai cittadini che usufruiscono delle prestazioni.

### **1.2.4 Diritto alla prossimità**

Da alcuni anni inoltre il sistema sociosanitario lombardo si è dato fra i suoi principi guida il passaggio dal "curare" al "prendersi cura". Il nuovo paradigma non indica il superamento dell'approccio precedente, ma ne rappresenta l'evoluzione, dove l'orizzonte dell'agire di tutti gli attori del sistema sociosanitario è il cittadino nella sua interezza di vita e relazioni, e non un momento di particolare necessità. Mentre la cura è solitamente finalizzata alla soluzione di un problema determinato e circoscritto, per prendersi cura di una persona è necessario

- coinvolgere attivamente il suo contesto sociale e relazionale (famiglia, comunità, *caregiver*);
- partire dal suo grado di conoscenza della propria situazione e di cosa il sistema può offrire;
- tenere presente tutte le situazioni di malattia e disagio;
- considerare la condizione di fragilità o disabilità in cui può trovarsi.

Questo approccio va messo in atto nel contesto sociodemografico attuale in cui la solitudine, in particolare delle persone anziane, e l'indebolimento della funzione di accudimento e sostegno che il nucleo familiare ha tradizionalmente svolto nella relazione tra le generazioni costituiscono elementi che acquisiscono la condizione di fragilità.

Come indicato nei paragrafi precedenti, per rendere effettivamente esigibili i diritti di salute e cura non è sufficiente creare le condizioni di partenza (organizzare servizi, programmare e regolare l'offerta), ma sono necessarie anche l'informazione e la diffusione di una conoscenza corretta e aggiornata. In ogni caso tali azioni non realizzano da sole le condizioni per la concreta fruizione del diritto alla salute: esse devono essere integrate dalla costruzione di collaborazioni, sinergie e integrazioni tra istituzioni, servizi, competenze per realizzare azioni che non lasciano solo il cittadino e la sua famiglia, ma che li sostengano.

Inoltre in tutte le situazioni in cui sono presenti *caregiver* o in cui la famiglia svolge un ruolo chiave nell'assistenza, a tutti questi soggetti devono essere assicurati sostegno e accompagnamento specifici perché possano realizzarsi le migliori condizioni di cura e assistenza dei famigliari, anche facilitando la permanenza al domicilio ove opportuno.

Il sistema sociosanitario ha la responsabilità di essere al fianco di chi è in situazione di difficoltà, e deve operare costantemente per aumentare la prossimità verso tutti i cittadini che, per differenti motivazioni (solitudine, vulnerabilità, eventi traumatici, parziale informazione), non sono in condizione di muoversi in modo appropriato e consapevole nel sistema e di decidere per le opzioni assistenziali di cura più opportune.

Ciò vale certamente per coloro che, per condizioni di reddito o di fragilità, sono i primi destinatari delle politiche, ma anche per coloro che possono partecipare in vario grado all'aspetto economico, ma che hanno bisogno di essere accompagnati all'interno del sistema.

### **1.3 Un passo in più, per essere ancor più efficaci e fedeli alla missione**

La L.R. 23/2015 ha portato a compimento la piena separazione del ruolo di committenza e governo dal ruolo di erogazione con un orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso e all'integrazione tra servizi. La riforma ha quindi assegnato alle ATS un ruolo di snodo fondamentale che connette il governo del sistema con i soggetti erogatori, con i professionisti e con gli assistiti, garantendo l'assicurazione dei LEA. Questo spiega il passaggio da azienda ad agenzia: mentre un'azienda è principalmente orientata all'erogazione e alla produzione, un'agenzia fa delle attività di governo, controllo, prevenzione, analisi, monitoraggio e valutazione il cuore del proprio essere e operare.

Al tempo stesso l'ATS non può essere considerata solo come articolazione territoriale del livello regionale: il legislatore ha infatti previsto che le ATS fossero agenzie dotate di autonomia gestionale, contabile ed organizzativa.

La riforma ha quindi stabilito che il ruolo di indirizzo e programmazione svolto dal livello regionale, che necessariamente utilizza regole generali, deve potersi incontrare con l'osservazione della realtà nei diversi e specifici contesti territoriali, caratterizzati da bisogni e da reti di offerta differenti. Si pensi, anche restando nel territorio dell'ATS Città Metropolitana di Milano, quanto possono essere diverse le soluzioni applicative dei modelli di presa in carico dei pazienti cronici, in un contesto metropolitano come Milano, rispetto a territori con densità abitative e di presenza di offerta sanitaria molto inferiore. La conoscenza dei distretti, le analisi epidemiologiche, la maggior vicinanza al sistema di erogazione, permettono di valutare l'impatto nei territori di politiche sanitarie e socio sanitarie, di individuare modalità differenti per attuare un medesimo indirizzo e di poter restituire al livello regionale elementi per affinare e mettere a punto nuove politiche.

Si tratta di un ruolo di cui l'Agenzia deve assumere maggior consapevolezza, superando un approccio di attesa tipico di un soggetto puramente esecutivo, assumendo con responsabilità ogni iniziativa collegata al proprio ruolo istituzionale: in una relazione bidirezionale ed effettivamente sinergica con Regione, ATS ha il dovere di agire nei propri spazi programmatori e regolatori negli ambiti della salute pubblica, della prevenzione e del governo delle reti di offerta sanitaria e sociosanitaria, della messa a punto di modelli di presa in carico della cronicità, delle politiche farmaceutiche e in quelle di controllo.

Con il 2019 si apre una sfida nuova: considerando una proiezione quinquennale, oggi la visione aziendale deve concentrarsi sullo sviluppo delle funzioni proprie di una Agenzia e le macroaree su cui si indirizzeranno le azioni strategiche dell'agenzia sono:

- tutela della salute;
- governo della domanda, orientato ad identificare dove, come, perché e da chi origini la domanda di prestazioni e di servizi sanitari e sociosanitari, e a decidere come questa debba essere trattata, modificata o accresciuta,

in modo che si possa sviluppare un sistema sanitario e sociosanitario efficiente, appropriato, equo e quindi sostenibile;

- governo della rete dell'offerta;
- riposizionamento dell'Agenzia, con un'attenzione a ricoprire anche un ruolo di riferimento anche nei confronti del cittadino.

La possibilità di esercitare fino in fondo la funzione di tutela e di rafforzare il ruolo di ATS come riferimento della salute per i cittadini, richiede la presenza delle competenze e delle professionalità adeguate per il raggiungimento del risultato. L'investimento sul capitale umano è perciò di fondamentale importanza se si vuole garantire centralità e protagonismo a coloro che sono gli attori della crescita e dell'evoluzione dell'organizzazione stessa: le persone.

Su questo terreno, già dall'inizio di questo quinquennio, anche ATS Milano dovrà misurarsi con una serie di criticità proprie del sistema del servizio sanitario (in primo luogo il progressivo invecchiamento del personale e le situazioni più o meno acute di carenza di specifiche figure professionali), ma soprattutto dovrà far fronte alla necessità di potenziare le competenze legate alle funzioni più innovative di ATS: governo e indirizzo, analisi e valutazione, integrazione fra i diversi settori del sistema sanitario, sociosanitario e sociale.

Non meno importante sarà, per ATS, lo sforzo di farsi conoscere e "riconoscere" da tutti gli stakeholder in campo sul territorio - cittadinanza, imprese, istituzioni, clienti interni, Formazioni Sociali - e di accrescere in tutti i lavoratori di ATS la consapevolezza di essere parte del sistema sociosanitario lombardo con un ruolo importante per la tutela della salute dei cittadini.

## 2. Dove siamo (e dove non siamo)

La complessiva buona qualità del Sistema Sanitario Lombardo è riconosciuta da diverse fonti autorevoli ed indipendenti. Regione Lombardia è da sempre nel gruppo delle migliori regioni italiane per la capacità di coniugare i principi di efficacia di un sistema sociosanitario (la piena erogazione dei livelli essenziali di assistenza con buona qualità attestata dal Piano Nazionale Esiti) con quelli di efficienza (la capacità di mantenere in equilibrio il proprio bilancio). Il sistema lombardo ha ottenuto questi risultati scegliendo un modello sussidiario, basato sulla libertà di scelta dei cittadini e sul pluralismo dell'offerta, agendo sulle leve del corretto finanziamento del sistema, del mantenimento di un sistema di accreditamento in grado di garantire per ogni punto di offerta la presenza dei requisiti strutturali, organizzativi e di qualità di un sistema dei controlli attento ed efficace. Questo assetto ha permesso di modificare nel tempo le tipologie e i livelli di risposta, e far evolvere il sistema di offerta in funzione dei nuovi bisogni legati al mutato contesto epidemiologico, demografico ed economico-sociale. Per questo motivo questo capitolo non intende dare una rappresentazione completa dello stato di salute, dei bisogni e delle risposte del sistema sociosanitario lombardo nel territorio di ATS Città Metropolitana di Milano, ma si concentra solo su alcune evidenze emergenti, che rappresenteranno altrettante priorità da considerare nel prossimo quinquennio.

### 2.1 Il contesto esterno e le sue urgenze

Di fronte alla urgenza di prevedere nuove strategie di programmazione sanitaria per governare l'invecchiamento della popolazione, che vedono nell'allungamento della aspettativa di vita uno degli elementi condizionanti l'incremento atteso delle cronicità, l'Agenzia deve proporre una nuova visione che vede come indicatore quanti sono gli anni vissuti in buona salute. In un'area metropolitana che presenta fenomeni importanti di eterogeneità socioeconomica occorre sviluppare una nuova metrica che misuri lo stato di buona salute della popolazione al passare degli anni per identificare potenziali correttivi finalizzati a ridurre l'accumulo di patologia e le diversità presenti.

Il tema delle disuguaglianze di salute rappresenta un tema fondamentale per una Agenzia che ha come compito fondamentale la Tutela della Salute degli assistiti. La presenza di un tessuto urbano unico a livello italiano sviluppatosi in un contesto socioculturale molto dinamico e vicino ai cambiamenti sociodemografici delle principali metropoli europee ha creato alcune disuguaglianze specialmente legate al genere con un impatto già evidente. Il genere femminile ha accumulato nel tempo uno svantaggio per quanto concerne le patologie alcool-fumo correlate. Unitamente a questo fenomeno nelle popolazioni occidentalizzate si è verificata l'inversione della mortalità per patologie cardiovascolari, che sono diventate la seconda causa di morte – la prima sono le patologie oncologiche – grazie ai miglioramenti del trattamento farmacologico e alla innovazione tecnologia del trattamento delle condizioni acute. In ATS Milano tale inversione si verifica negli uomini, ma non nelle donne, portando alla luce un tema di disuguaglianze legate alla *compliance* ai trattamenti farmacologici, all'identificazione e trattamento delle condizioni acute.

Le azioni per creare cultura della prevenzione nei giovani sono troppo spesso affidate a messaggi prescrittivi, che non creano consapevolezza ma solo una spinta alla 'ribellione' verso un sistema, che non coglie i profondi cambiamenti sociali di una realtà metropolitana così multietnica e che recepisce mode e stili di vita europei e del mondo. Tale realtà deve essere accolta, interpretata e sviluppata da una Agenzia di Tutela della Salute che vuole agire il suo vero ruolo di modificatore della salute della popolazione.

L'ATS gestisce un'area caratterizzata da contesti socioculturali e lavorativi eterogenei che possono condizionare lo stato di salute mentale della popolazione. Le indagini campionarie disponibili identificano in Lombardia consumi elevati di psicofarmaci in età giovanile segnalando l'esistenza di condizioni di sofferenza o di disagio che non sono adeguatamente curate. Si registrano tassi elevati di ricovero per patologie psichiatriche, di ricoveri ripetuti e di ricorso al Pronto Soccorso che suggeriscono l'esigenza di sviluppare modelli di presa in carico territoriale più efficaci. Il governo della salute mentale rappresenta indubbiamente uno dei temi rilevanti su cui concentrare azioni strategiche considerando l'intera filiera dei possibili interventi: la prevenzione, la promozione della salute, la presa in carico, l'uso della residenzialità, il sostegno sociale. L'applicazione dell'evoluzione del sistema sociosanitario considera inoltre il profondo mutamento dei bisogni di salute della popolazione che si è progressivamente configurato specie in ambito psico-sociale, in modo da rispondere adeguatamente ai problemi della popolazione affetta da disturbi psichici, da abuso di sostanze o da gioco da azzardo patologico e a far fronte ai temi dell'inclusione sociale delle persone in condizione di disabilità e al disagio emergente di molte famiglie.



Il contesto fino ad ora descritto evidenzia quanto sia condizionante per lo stato di salute della popolazione la pressione operata dai fattori di rischio individuali e socioeconomici. Il tema dell'incremento dei trend storici di consumo di sigarette nelle donne e le evidenze legate alle associazioni tra gli episodi ricorrenti di consumo eccessivo di alcol e lo stato socioeconomico, specialmente nella popolazione più giovane, apre un tema importante rispetto al governo e alle azioni di riduzione dei fattori di rischio prevenibili sulla popolazione. Le evidenze relative agli effetti si affiancano, tuttavia, alla carenza di informazioni. L'Agenzia, come già accade in molti altri contesti internazionali dovrà promuovere rilevazioni campionarie con potenza statistica sufficiente, da affiancare a quelle più tradizionali prodotte da ISTAT per indirizzare azioni di promozione degli stili di vita e di evidenziare la presenza sul territorio di aree critiche o di carenze legate alla erogazione di servizi.

Infine occorre considerare la tematica ambientale. ATS tramite una relazione multidisciplinare monitora lo stato di salute delle popolazioni, anche mediante lo sviluppo di modelli innovativi basati sulle api (zoomonitoraggio), identifica misure integrate di mitigazione degli effetti, governa i siti soggetti a bonifica e controlla le aree su cui sono presenti e concentrate attività lavorative importanti. L'inquinamento ambientale rappresenta una urgenza pressante per la salute delle persone e la qualità dell'ambiente nel suo complesso, anche per i suoi risvolti sanitari sulle importanti filiere agro-zootecniche presenti sul territorio. Benché si sia assistito negli ultimi decenni a un decremento costante delle esposizioni per la dismissione di alcuni siti industriali e per il miglioramento tecnologico di motori ed impianti, la pianura padana e in particolare l'area metropolitana di Milano vede ripetersi ogni anno, anche a seguito dei cambiamenti climatici che determinano la riduzione delle precipitazioni, l'aumento dei periodi di inversione termica in inverno e l'incremento delle temperature d'estate, fenomeni che modificano che la concentrazione degli inquinanti nell'aria. Al contempo crescono le azioni di mitigazione, promosse dai comuni, che prevedono politiche disincentivanti per i mezzi inquinanti e l'estensione delle aree a traffico ridotto. Occorre quindi, anche in collaborazione con ARPA, riprendere il tema della valutazione degli effetti per evidenziare se la riduzione delle esposizioni e le azioni di mitigazione hanno modificato lo stato di salute della popolazione, specialmente quella pediatrica più sensibile agli effetti, la popolazione in età fertile, le persone maggiormente vulnerabili e coloro che soffrono di patologie croniche.

## 2.2 Il contesto interno

ATS Città metropolitana di Milano è stata costituita dalla Giunta Regionale a dicembre 2015 ed ha iniziato la propria attività il 1° gennaio 2016 incorporando le ex ASL di Milano, ASL Milano 1, ASL Milano 2 e ASL Lodi.

ATS, nel triennio 2016/2017/2018, ha affrontato un periodo di lavoro intenso, che ha coinvolto in prima persona ogni lavoratore di ATS, impegnato contemporaneamente ad adattarsi ai cambiamenti ed a garantire i servizi e le attività nel proprio ambito. L'agenzia ha affrontato più sfide:

- riorganizzare quattro realtà aziendali molto differenti tra loro, non solo per il contesto geografico, urbanistico e produttivo, ma anche per l'assetto organizzativo, le differenti modalità operative, le peculiari specificità, esperienze professionali, abitudini e procedure differenti;
- garantire una relazione adeguata con gli stakeholder territoriali, prima abituati ad un'interlocuzione con un soggetto prossimo e dedicato, come erano le ASL;
- rendere operativi i principi e le priorità individuate dalla legge di Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo, la legge 23/2015;
- dare vita al nuovo assetto e realizzare i nuovi obiettivi attraverso l'attività di un ente completamente rinnovato nella forma e nella sostanza.

A testimonianza della sua attività, ATS ha prodotto una Relazione Attività 2016 – 2018 contenente la descrizione di quanto l'Agenzia ha realizzato in questi primi tre anni, oltre a documenti di rendicontazione e programmazione più specifici adottati nel triennio, come i Piani Integrati dei Controlli, il Piano di promozione della Salute e il Piano Integrato della Prevenzione Veterinaria. Ognuno di questi documenti è reperibile sul portale dell'agenzia.

Lo studio del clima organizzativo aziendale risponde all'esigenza di valutare l'impatto delle azioni organizzative sui processi di lavoro quotidiani ed è un modo per misurare lo stato di salute di un'organizzazione. L'indagine di clima consente di raccogliere informazioni utili ad orientare interventi non solo in direzione della soddisfazione lavorativa e di esigenze formative specifiche, ma anche verso criticità strutturali, con l'obiettivo finale del miglioramento delle strategie gestionali. Nel corso del 2018 si è svolta, nella nostra regione, un'indagine sul clima organizzativo che ha interessato anche l'ATS Città metropolitana, in cui si è ottenuto un buon livello di partecipazione. Le informazioni

disponibili (che accomunano l'ATS di Milano alle altre ATS della regione) evidenziano la necessità di promuovere ulteriormente lo sviluppo del ruolo delle Agenzie di tutela nel sistema sociosanitario riformato non solo nei confronti dei loro utenti, ma anche verso i propri operatori, potenziandone le motivazioni, in primo luogo, attraverso un consolidamento dell'identità. Anche da questa esigenza prende le mosse il presente piano strategico che si propone, attraverso un forte rilancio della funzione di tutela, di affermare il ruolo cruciale delle ATS (e dei suoi professionisti) per il funzionamento del sistema sociosanitario della Lombardia.

Uno degli elementi per il funzionamento aziendale è rappresentato dalla costruzione di un buon sistema di relazioni sindacali: tale modalità di partecipazione e di confronto consente di dare voce alle istanze che pervengono dai dipendenti per il tramite delle rappresentanze sindacali, permettendo così alla Direzione di prestare la necessaria attenzione a questi bisogni, con la necessaria consapevolezza delle diverse realtà che insistono sul territorio dell'ATS, a maggior ragione considerando che ATS è nata dalla fusione di precedenti Enti, ciascuno dotato di propri regolamenti, contratti, prassi. È obiettivo comune dell'amministrazione, dei sindacati e dei cittadini-utenti che l'agenzia rafforzi la sua coesione come soggetto unitario. Per queste ragioni, ATS Città Metropolitana di Milano intende instaurare un dialogo costruttivo e di aperto confronto con la RSU e le organizzazioni sindacali del Comparto e della Dirigenza, mediante la costituzione di tavoli tecnici, propedeutici all'analisi degli istituti contrattuali di interesse, e attraverso i tavoli negoziali, deputati alla stipula degli accordi sindacali sui temi di maggiore rilevanza (fondi contrattuali, retribuzione di posizione, incarichi dirigenziali, orario di lavoro, pronta disponibilità, ecc.), portando a sintesi le diverse istanze, in un clima di collaborazione e di reciproco rispetto tra le Parti.

### **2.3 Come siamo percepiti**

Non possiamo nascondere che la maggior parte dei nostri interlocutori, compresi i nostri assistiti, non hanno compreso con chiarezza il ruolo che la riforma ha assegnato all'ATS e prevale una certa indifferenza/diffidenza. È un problema che riguarda tutte le Agenzie di Tutela della Salute: l'aumento consistente dell'estensione geografica delle ATS (da 15 ASL si è passati ad 8 ATS) ha portato inevitabilmente le comunità locali a percepire l'ATS come una realtà distante, che comunica in modo verticale, concentrata sui bisogni dei territori urbani in cui hanno sede le direzioni strategiche, meno capace di ascoltare le esigenze del territorio. La presenza capillare di sedi viene considerata un'inefficiente frammentazione e non una risorsa in grado di dare risposta ai bisogni territoriali. Una percezione tanto più forte nella nostra ATS, che raccoglie un vasto territorio eterogeneo, con una grande metropoli e una popolazione complessiva che l'avvicina più a una regione di medie dimensioni che ad un soggetto territoriale.

Anche le unità di offerta che compongono il nostro sistema sanitario e sociosanitario spesso considerano l'ATS come un rigido amministratore di regole scritte da Regione, e non come un 'partner' che, grazie alla sua terzietà e alla sua missione, può favorire l'integrazione fra i diversi attori del sistema per garantire i migliori percorsi assistenziali ai pazienti. È per certi versi naturale che si crei una posizione conflittuale o almeno dialettica con i soggetti controllati da ATS, sia quando gli stessi appartengono al sistema di offerta sociosanitaria, sia quando si tratta di imprese o enti soggetti a vigilanza per gli aspetti di sicurezza del lavoro, ambientale o agro zootecnico-alimentare. È auspicabile anche in questo campo un rapporto collaborativo, nel quale il controllo divenga un'opportunità e un'occasione di confronto per migliorare la qualità dei servizi erogati e l'attenzione verso i cittadini e le comunità, ma anche per migliorare il rapporto con le imprese. È preoccupante invece che gli assistiti ci considerino spesso come un'entità burocratica, piuttosto che un prezioso alleato al loro fianco per difendere un diritto essenziale come quello di tutela della salute. Alcuni assistiti hanno già compreso il nuovo ruolo di ATS: nel 2018 sono pervenute 1500 segnalazioni e richieste di contatto dai cittadini, ma in misura ancora molto limitata rispetto al potenziale. Come invertire questa tendenza? Nelle azioni previste da questo piano di governo abbiamo cercato di individuare alcune risposte: dedicarsi con responsabilità e autonomia allo sviluppo della missione di tutela, investire nei distretti per riavvicinare la ATS alle comunità locali, sviluppare un canale di informazione, ascolto e interlocuzione diretta con gli assistiti.

## **3. Dove vogliamo andare: gli obiettivi e le azioni per raggiungerli**

### **3.1 Interventi per garantire il Diritto alla salute**

Coerentemente alla propria funzione di tutela l'ATS svilupperà una serie di interventi volti a garantire il diritto alla salute agendo su due direttrici, una di carattere culturale e valoriale, tesa a orientare verso la salute le decisioni di pianificazione e di governo territoriale e basata sull'uso della salute come metro per valutare l'impatto delle decisioni e come criterio per stabilire le priorità; una di carattere più programmatico ed organizzativo, basata sul potenziamento e sulla valorizzazione di tutti gli interventi esplicitamente dedicati a promuovere la salute e a prevenire le malattie nella popolazione. Come indicato nel Piano Regionale di Sviluppo della XI legislatura, gli interventi che verranno messi in atto saranno orientati allo sviluppo di un modello regionale di "Salute in tutte le politiche" che, mediante alleanze tra soggetti istituzionali, sociali, imprenditoriali e professionali, possa dar vita ad interventi a sostegno di politiche integrate; al potenziamento di prevenzione, sorveglianza e controllo delle malattie infettive, delle zoonosi e delle antropozoonosi anche attraverso i programmi di profilassi vaccinale e campagne di comunicazione, compresi gli interventi per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili; a favorire una crescente attenzione sui temi ambientali e dell'inquinamento.

#### **3.1.1 Una cultura della prevenzione per il primato della prevenzione**

Nonostante le continue affermazioni di principio la funzione di prevenzione non ha ancora conquistato quel "primato" a cui l'avevano destinata i lungimiranti atti fondativi del nostro Sistema Sanitario Nazionale. Due sono le parole chiave che devono guidare le nostre azioni ed essere garantite nei programmi di ATS: "prevenire" e "promuovere", prevenire i rischi per la salute e promuovere i corretti stili di vita. Sono le stesse parole che stanno alla base del Piano Regionale della Prevenzione, che ATS deve declinare con il coinvolgimento e il coordinamento non solo dei suoi Servizi, ma soprattutto degli Enti e delle Istituzioni (Comuni, Scuola, ASST, Associazioni di Categoria e Sindacali, Volontariato).

Per questo ci si propone di proseguire sulla strada dell'integrazione (soprattutto funzionale) tra servizi, soggetti e istituzioni che si occupano a vario titolo di prevenzione, superando l'approccio prevalentemente basato sull'erogazione di prestazioni specializzate e favorendo soprattutto la realizzazione di progetti multiprofessionali e multidimensionali.

Si tratta, anzitutto, di potenziare le attività di sorveglianza (sui rischi sanitari, sui comportamenti e sugli stili di vita), anche potendo disporre di un moderno laboratorio di prevenzione, in grado di identificare tempestivamente, caratterizzare e monitorare la presenza di rischi di natura chimica e biologica nelle più diverse matrici.

Disponiamo quindi dei mezzi per poter mirare gli interventi organizzandoli in modo da raggiungere i luoghi e le popolazioni che possono maggiormente beneficiare delle azioni. Si metteranno in atto iniziative per potenziare le campagne di screening e vaccinazione nonché gli interventi di comunicazione, e per valorizzare il ruolo di promozione esercitato dal sistema delle Cure Primarie per migliorare la partecipazione; si intende, in particolare, promuovere l'adesione alle campagne di vaccinazione indirizzando l'offerta verso i soggetti maggiormente a rischio utilizzando, anche, le opportunità e gli strumenti resi disponibili dal programma di presa in carico della cronicità per favorire l'adozione di stili di vita salutari. Si procederà, inoltre, a incrementare l'offerta di interventi di promozione della salute e a contrastare fenomeni di abuso e dipendenza patologica (fra cui sostanze, alcool, gioco d'azzardo) svolgendo anche funzioni di governance e supporto dei diversi stakeholder (es. scuole, comuni, aziende) nell'ambito dei diversi progetti attivati a livello locale e definiti dal Piano Regionale della Prevenzione.

Il fine ultimo, di queste e delle altre azioni di informazione e comunicazione che ATS metterà in atto, sarà quello di favorire la conoscenza e la diffusione di una concreta cultura della prevenzione basata sulla sistematica identificazione e rimozione dei fattori di rischio, sulla convergenza operativa di soggetti e interessi verso obiettivi e programmi comuni, sull'impiego mirato delle azioni di repressione, riservandole agli ambiti più critici e salvaguardando il loro prevalente scopo educativo e promozionale.

#### **3.1.2 La salute e l'ambiente**

Particolare attenzione sarà dedicata allo sviluppo delle attività rivolte a monitorare la presenza di potenziali situazioni di rischio ambientale, anche tramite l'uso di bio-indicatori animali, per valutare l'impatto sulla salute al fine di sottoporre

a valutazione preventiva finalizzata a sviluppare interventi per mitigare effetti negativi. In questo ambito si cercherà di ottimizzare la collaborazione con gli enti che hanno competenza in questa materia per realizzare programmi di intervento integrati, iniziando dalla condivisione del patrimonio informativo disponibile e dalla coprogettazione degli interventi di prevenzione e controllo. Data la particolare sensibilità oggi presente nella popolazione su questa materia si attueranno sistematiche azioni di restituzione delle informazioni raccolte e di rendicontazione sugli esiti degli interventi di controllo effettuati.

### **3.1.3 Attività di vigilanza e controllo**

Una parte significativa dell'attività di ATS è dedicata alla funzione di vigilanza e di controllo che riguardano diversi ambiti che incidono sullo stato di salute della popolazione:

- enti sanitari, sociosanitari e sociali, dalle condizioni delle strutture alle modalità di erogazione delle prestazioni;
- salute mentale, dall'appropriatezza degli inserimenti in struttura al monitoraggio dell'attività;
- farmaceutica, dalla vigilanza su farmacie e filiera distributiva alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva;
- protesica, dalle verifiche sui fornitori di ausili al controllo sui comportamenti dei prescrittori;
- Cure Primarie, dal controllo sull'attività dei medici e dei pediatri alla verifica delle condizioni degli studi;
- alimenti e nutrizione, dalla produzione al consumo (ristorazione, mense) di cibi e bevande;
- rispetto delle prescrizioni di legge per la tutela dei non fumatori;
- ambienti di vita e lavoro;
- sicurezza sui luoghi di lavoro;
- settore agro-zootecnico ed esportazione di animali e prodotti alimentari di origine animale;
- salute e benessere degli animali utilizzati negli allevamenti e nella sperimentazione ed in quelli d'affezione, uso responsabile dei mangimi, del farmaco veterinario e controllo dell'antimicrobico resistenza;
- igiene urbana veterinaria, al fine di una convivenza serena e consapevole tra uomo, animali e ambiente.

I piani e le campagne di controlli che vengono realizzati discendono, in maggioranza, da piani regionali, nazionali ed europei che pongono ai nostri servizi impegnativi obiettivi riguardo al numero e alla qualità dei controlli da effettuare. All'interno e nel pieno rispetto di questo molteplice quadro di indicazioni e prescrizioni, ATS intende orientare la programmazione dei propri interventi di controllo considerando anche ulteriori elementi:

- esito delle precedenti attività di controllo, focalizzandosi sui soggetti/enti che hanno avviato nuove attività o evidenziato in passato situazioni critiche o meritevoli di attenzioni rispetto a coloro che hanno superato i controlli senza problemi;
- aree ad alto rischio per la salute dei cittadini.

L'attività di vigilanza e controllo è rivolta all'accertamento del rispetto della normativa e degli standard fissati a garanzia della salute dei cittadini. Si tratta di una funzione svolta con finalità di accertamento e di prescrizione, a fianco delle quali ATS si pone l'obiettivo - senza mai venir meno al proprio ruolo di controllore a tutela della salute – di stimolare un miglioramento continuo dei soggetti controllati.

Si ritiene fondamentale render conto ai cittadini, alle strutture, ai professionisti, alle imprese e alle istituzioni dei risultati conseguiti dalle numerose attività di controllo svolte da ATS, evidenziando, in primo luogo, il loro positivo impatto sulla salute e utilizzando l'analisi di questi risultati per concentrare gli interventi secondo criteri di priorità condivisa.

### **3.1.4 La salute in ambito veterinario**

La funzione di tutela che caratterizza l'agire di ATS trova un'importante declinazione nelle attività svolte dal dipartimento veterinario, attività che impattano fortemente sulla salute della popolazione, sulla salute e benessere degli animali e su strategiche filiere economiche. Vigilare sulla sicurezza degli alimenti di origine animale per garantire una sana alimentazione alla popolazione, rappresenta un aspetto fondante nella tutela della salute.

L'ATS garantisce il mantenimento dei requisiti igienico sanitari degli allevamenti e delle produzioni zootecniche e la sicurezza alimentare, mediante controlli sulla produzione, stoccaggio e distribuzione degli alimenti (dalla materia prima al prodotto finito, il trasporto e l'import/export), compresa l'attività di certificazione veterinaria per l'esportazione di

animali e prodotti alimentari di origine animale. Tali attività sono inoltre di notevole importanza per intervenire nel fenomeno dello spreco alimentare e per sostenere il settore agro-zootecnico-alimentare e la sua rilevanza nell'economia Lombarda.

Oltre che lo stato di salute, l'ATS verifica anche il benessere degli animali da reddito negli allevamenti e negli impianti di ricovero, della fauna selvatica a garanzia delle biodiversità, degli animali che vivono nelle famiglie e di quelli utilizzati per gli "interventi assistiti con gli animali" (pet-therapy), contribuendo attivamente al mantenimento dell'insieme di benessere fisico, psichico e sociale della popolazione e rispondendo alla sempre maggiore sensibilità dei cittadini.

ATS opera inoltre per assicurare la corretta convivenza uomo - animale (d'affezione, domestici, sinantropi e selvatici) mediante la gestione delle problematiche che possono derivare da tale rapporto nelle aree fortemente urbanizzate, con particolare riguardo alla tutela degli animali di affezione e alla prevenzione del randagismo. Al fine di rafforzare l'educazione alla cittadinanza ed alla responsabilità, grande attenzione è posta alle iniziative di formazione e informazione, che coinvolgono anche le scuole.

Oltre a svolgere il proprio ruolo nell'ambito della prevenzione a tutela della salute dei cittadini, sia mediante lo svolgimento di attività di controllo programmate sia con la tempestiva gestione di emergenze epidemiche e non epidemiche straordinarie (si pensi alla BSE, all'influenza aviaria, alle malattie emergenti da vettori), ATS proseguirà nello studio e nell'approfondimento dello zoomonitoraggio ambientale di quegli aspetti legati alla salute animale e alla sicurezza alimentare che possono costituire segnali e indicatori della situazione ambientale complessiva. Infatti, dallo studio del livello di salute degli animali è possibile raccogliere informazioni significative riferibili sia alla presenza di eventuali agenti patogeni trasmissibili all'uomo sia al livello di inquinamento ambientale.

### **3.2 Interventi per migliorare l'accesso e favorire l'orientamento**

Il territorio dell'Agenzia di Milano concentra erogatori pubblici e privati accreditati che coprono tutte le esigenze di accesso ad alta specializzazione e alta tecnologia. Una tale concentrazione è difficilmente riscontrabile in Italia e in molte nazioni europee. La presenza di una forte concentrazione di offerta sembrerebbe far venir meno le preoccupazioni anche circa la garanzia di equità di accesso. Eppure paradossalmente è proprio il territorio metropolitano nel quale sono più rilevanti temi quali la difficoltà di orientamento dei pazienti, le attese, il sovraffollamento dei pronto soccorso. ATS non può inoltre esimersi dal fare i conti con le opportunità che digitalizzazione e innovazione tecnologica offrono nella gestione dei servizi, e con la diffusione capillare di dispositivi di comunicazione/interazione; possono infatti essere individuate nuove modalità di fruizione dei servizi in favore dei cittadini, in aggiunta e non in sostituzione di quelle "tradizionali".

#### **3.2.1 Informazione, consapevolezza e orientamento dei pazienti in un sistema articolato e complesso**

La libertà di scelta è tale se può essere esercitata in modo informato e consapevole. All'assistito vanno forniti strumenti per orientarsi in una rete di strutture molto specializzate e non sempre interconnesse e per scegliere quale erogatore dispone delle competenze necessarie al proprio caso, opera con livelli di qualità adeguati e dimostra di poter offrire i migliori risultati. Il sistema di accreditamento offre, in questo senso, una garanzia nel rispetto di livelli uniformi di risposta, potendo assicurare una serie di requisiti minimi strutturali e organizzativi. Accanto a questo sistema va sviluppata la capacità di individuare, misurare e rendere leggibili, comprensibili e trasparenti un insieme di indicatori che possano aiutare l'assistito nella scelta della struttura cui affidarsi ed in grado quindi, di generare nel sistema di erogazione uno sforzo continuo per migliorare la propria qualità in modo da mantenersi attrattivi.

In un sistema sanitario moderno l'importanza di avere a disposizione informazioni complete, facilmente accessibili e aggiornate è innegabile. Questo ambito si riconduce per l'Amministrazione pubblica alla filosofia dell'open data che si fonda su quattro pilastri: disponibilità, riutilizzo e redistribuzione, partecipazione universale e accessibilità universale. L'open government, basato su tale livello di accessibilità ai dati, ridefinisce alla base il rapporto tra Pubblica Amministrazione e cittadino, spostando il focus della relazione da un approccio orientato all'erogazione di servizi, in cui il cittadino è solo fruitore di prestazioni erogate, a uno basato su un processo di collaborazione reale e di fiducia, in cui il cittadino è in grado di partecipare alle scelte di governo. Avere dati epidemiologici disponibili di buona qualità, con accesso semplice e lettura semplificata, fa sì che il concetto di trasparenza, che si concretizza nella possibilità per la collettività di accedere liberamente all'informazione, si combini con la valorizzazione e la reale fruibilità dell'informazione. Tali informazioni devono inoltre comprendere il confronto con valori standard per fare valutazioni e

raffronti, nonché essere dotate di guide alla lettura che introducano i cittadini e li supportino nella comprensione prima, e nella valutazione critica poi.

L'Agenzia ha iniziato questo processo mettendo a disposizione della cittadinanza una quantità considerevole di informazioni strutturate e facilmente leggibili. Un esempio di questo cambiamento, unico a livello italiano, è il portale pubblico (<https://portale.ats-milano.it/hp.php>) dove sono depositate informazioni dettagliate e aggiornate sullo stato di salute e sui consumi di prestazioni sanitarie della popolazione residente di tutti e 193 i Comuni della ATS.

Che l'informazione debba essere per il cittadino trasparente e semplice da utilizzare è ormai un dato di fatto, che ci siano strumenti che lo permettono non è altrettanto scontato. Lo sforzo che l'ATS ha fatto è stato importante e traccia un nuovo modello di integrazione tra amministrazione pubblica e popolazione che nei prossimi anni sarà oggetto di un ulteriore sviluppo e potenziamento, anche recependo le richieste della popolazione.

Avere la possibilità di esplorare, utilizzando strumenti *web-based*, di facile utilizzo e comprensione, lo stato di salute di una popolazione accedendo ad informazioni strutturate è un passo necessario per intraprendere in maniera concertata, con tutte le parti sociali coinvolte, le azioni che permettono di migliorare lo stato di salute mettendo in atto i necessari mutamenti dei comportamenti, degli stili di vita al fine di ridurre l'esposizione a fattori di rischio responsabili di buona parte delle malattie che insorgono in una popolazione. Questa innovazione sarà ulteriormente sviluppata accogliendo progetti come quello del Programma Nazionale Esiti (PNE) anche sull'area delle prestazioni sanitarie e sull'accesso ai servizi promuovendo la messa a disposizione di valutazioni strutturate rispetto alla attività dei medici di medicina generale e dei pediatri per Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e degli erogatori.

ATS si farà altresì parte attiva per realizzare e/o partecipare ad occasioni di presentazione alla cittadinanza della propria attività e delle proprie competenze, nonché delle nuove opportunità di accesso ai servizi (ad esempio favorendo l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico).

### **3.2.2 Miglioramento della capacità di accesso al sistema di Cure Primarie**

Le Cure Primarie sono la porta di accesso dei cittadini, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario, con un ruolo determinante svolto dai Medici di Medicina Generale, dai medici di continuità assistenziale (ex guardia medica), dai Pediatri di Famiglia e dal personale infermieristico dei servizi domiciliari, che operano in stretto contatto con professionisti di altri servizi per offrire la più completa assistenza sanitaria al cittadino, anche in integrazione con i servizi sociali.

Le Cure Primarie sono attraversate da una fase di profonda trasformazione. Il modello di presa in carico della cronicità rilancia il ruolo professionale e clinico del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta, che diviene nella maggior parte dei casi il responsabile dell'individuazione e della corretta tenuta di percorsi assistenziali dei pazienti e rafforza il suo ruolo di riferimento.

Un ruolo rinnovato e rafforzato da esercitare in un contesto caratterizzato da criticità importanti quali la difficoltà a dare copertura agli ambiti oggi carenti e la gestione del ricambio dei professionisti che raggiungeranno l'età pensionabile (nell'ordine di grandezza di circa 100 l'anno).

In questo contesto l'esigenza è garantire comunque un accesso alla rete di Cure Primarie che non si limiti a 18 ore settimanali, esclusi i festivi: tale situazione infatti non permette all'assistito di considerare effettivamente le Cure Primarie come il primo e naturale riferimento nell'accesso al sistema per tutte le proprie esigenze legate a patologie non emergenti, in particolare nella presa in carico della cronicità.

Accanto quindi al ripensamento dei modelli clinici e organizzativi della presa in carico, occorre dare attuazione alle indicazioni della legge Balduzzi (Legge n. 189/2012) e favorire lo sviluppo di forme di medicina di gruppo/rete, integrate con la rete della continuità assistenziale, che permettano di garantire all'assistito di accedere per almeno 16 ore al giorno per sette giorni alla settimana al sistema delle Cure Primarie, con la garanzia di essere riconosciuto da professionisti che conoscono e condividono la sua cartella clinica

Nell'area urbana o comunque densamente abitata, va favorita il più possibile anche l'individuazione di punti di erogazioni aggregati ed integrati con la rete ospedaliera (i Presidi Ospedalieri Territoriali, detti POT, e i Presidi Socio Sanitari Territoriali, detti PreSST), in modo che vi sia un raccordo operativo con servizi di care management, specialisti ambulatoriali, servizi sociosanitari, servizi di prevenzione. In territori più isolati, nei quali non è possibile garantire a livello comunale servizi aggregati e che tuttavia richiedono soluzioni di prossimità per i pazienti, soprattutto i più anziani e fragili, potrà comunque essere garantito questo livello di servizio non all'interno di una struttura unica, ma con la condivisione delle informazioni possibile attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

### **3.2.3 Miglioramento dei tempi di attesa e semplificazione nell'accesso alle prestazioni ambulatoriali**

La visita specialistica o le prestazioni diagnostiche svolte in regime ambulatoriale, rappresentano nella maggior parte dei casi e quando non sussistano condizioni di emergenza, la chiave di accesso al sistema sanitario, per un assistito che manifesta un problema di salute. Per i pazienti cronici, invece, la corretta programmazione delle necessarie prestazioni in regime ambulatoriale permette di mantenere il monitoraggio della patologia e di adottare tempestivamente tutti gli interventi per garantire la stabilità del quadro del paziente e rallentare la progressione della patologia. In entrambi i casi si tratta di attività fondamentali per il percorso di cura dei pazienti: per questo poterne garantire l'erogazione nei tempi corretti è da sempre un elemento critico e cruciale del sistema sanitario ed è uno dei principali banchi di prova per la garanzia del diritto all'equità.

Regione Lombardia ha individuato una serie di azioni congiunte che possono essere sintetizzate:

- migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni, in modo che il sistema di offerta sia chiamato a rispondere di ciò che davvero è utile per il paziente ed evitare prestazioni ripetute o inutili;
- rendere unitaria la visibilità del sistema di offerta, in modo da semplificare la prenotazione e distribuire l'attività in modo omogeneo all'interno di un territorio;
- distinguere sul piano organizzativo l'accesso alle prestazioni dei pazienti cronici già noti, considerando che in questi casi le stesse possono essere programmate con largo anticipo attraverso programmi di presa in carico;
- responsabilizzare gli erogatori nel compito di garantire percorsi ambulatoriali da svolgere in tempi congrui rispetto alla situazione clinica del paziente, soprattutto nei casi in cui le prescrizioni siano operate dagli specialisti interni, attraverso la creazione di figure di riferimento aziendale (i responsabili dei tempi attesa);
- determinare il corretto fabbisogno quantitativo di prestazioni e potenziare le aree nelle quali l'offerta di prestazioni è carente, prevedendo nei contratti con gli erogatori volumi adeguati per le diverse tipologie di prestazioni;
- prevenire, controllare e sanzionare comportamenti che inducono nei pazienti la scelta della spesa privata mantenendo tempi di attesa elevati nel SSR;
- mantenere costantemente monitorati i tempi di attesa ed ancorare gli obiettivi degli erogatori, pubblici e privati, al loro rispetto.

Non esiste quindi un solo intervento in grado di dare soluzione al problema: persino l'aumento dell'offerta di prestazioni, che determina costi aggiuntivi per il sistema, se non accompagnato dalle altre azioni, spesso si rileva una soluzione di breve durata. Per un intervento strutturale è quindi necessaria un'azione coordinata e che governi e controlli l'effettiva attuazione di tutte le leve disponibili: è del tutto evidente, inoltre, che gli interventi delineati hanno una forte connotazione territoriale, considerando la necessaria prossimità richiesta dal livello ambulatoriale, almeno per alcune prestazioni fondamentali. Si tratta quindi di un classico esempio nel quale a fronte di un indirizzo regionale che necessariamente deve mantenersi generale, il ruolo attuativo di programmazione territoriale dell'ATS è fondamentale.

### **3.2.4 Trasparenza nelle liste di attesa**

L'attenzione sulle liste e i tempi di attesa si concentra generalmente sull'ambito ambulatoriale: vi è però anche l'esigenza di estendere progressivamente l'attenzione e gli strumenti dall'ambito ambulatoriale, a quello per molti versi anche più critico dei ricoveri programmati, iniziando da quelli ospedalieri ed in particolare da quelli chirurgici. La gestione di liste di attesa deve evidentemente tenere conto della rilevanza degli aspetti di valutazione clinica per la definizione delle priorità: è d'altra parte esperienza comune osservare l'assenza di strumenti che garantiscano un accesso trasparente e che permettano di monitorare effettivamente i temi intercorrenti fra una richiesta di ricovero e l'ammissione in ospedale in funzione delle diverse discipline o tipologie di interventi chirurgici richiesti. Anche in questo caso ATS può introdurre nella negoziazione con gli erogatori elementi per il governo delle liste di attesa, a partire dai ricoveri programmati per interventi chirurgici e fino ad arrivare agli ulteriori ambiti sanitari e socio sanitari.

Il problema delle liste di attesa è rilevante anche nell'ambito socio sanitario, con impatto diverso sul sistema, da una parte direttamente sui cittadini, si pensi ai tempi per l'ingresso nelle Residenze Sanitarie per Anziani (RSA), dall'altro sull'appropriatezza dei tempi di ricovero, si pensi ai tempi di attesa per le dimissioni dalle strutture di ricovero dei pazienti che non sono ancora nelle condizioni di rientrare a domicilio o in strutture di riabilitazione. ATS intende implementare soluzioni informative dedicate ai cittadini e rafforzare la funzione di vigilanza sulle modalità operative dei gestori dei servizi.

### **3.2.5 Riduzione del sovraccollamento nei Pronto Soccorso**

Una tematica importante di accesso alle prestazioni sanitarie è rappresentata dai Pronto Soccorso (PS), su cui ogni anno si concentrano problematiche, specialmente in inverno e nei periodi legati all'emergenza caldo in estate, e l'attenzione della popolazione che vive questi momenti come una mancanza di efficienza del sistema. Al tema del sovraccollamento, si affianca quello dell'iperafflusso. In presenza di una reazione efficiente, un aumento del flusso di pazienti su una struttura di PS può essere gestita senza determinare disagi per l'assistito. Il tema del sovraccollamento deve essere governato sviluppando piani di intervento, che già oggi vengono condivisi dagli erogatori con ATS, continuamente aggiornati sulla base dei cambiamenti organizzativi complessivi che intervengono nell'ospedale, piani che devono essere monitorati e oggetto di importanti leve contrattuali in caso di mancata applicazione o di inefficiente esecuzione. Le azioni che devono essere sviluppate dalla ATS vedono 3 piani di azioni necessariamente integrati:

- prevedere l'iperafflusso: L'Agenzia svilupperà la capacità di sviluppare modelli di predizione al fine di identificare precocemente periodi e strutture che riceveranno un incremento della pressione a livello dei PS da parte della popolazione permettendo la messa in atto precoce dei piani di sovraccollamento, per poter attuare con efficacia modelli organizzativo-gestionali flessibili di temporaneo ampliamento dei posti letto;
- prevenire l'iperafflusso potenziando le attività territoriali: il governo dell'iperafflusso che in determinate situazioni produce l'effetto del sovraccollamento dell'ospedale vede numerose possibilità di gestione territoriale. In particolare, lo sviluppo di nuove modalità di intervento della continuità assistenziale, anche in forma integrata con specialisti ambulatoriali (sul modello dell'esperienza di *walk in centers* sperimentato nel periodo Expo), in orari utili alla popolazione e con sedi facilmente raggiungibili e localizzate in prossimità di strutture potenzialmente di riferimento. Tale sviluppo se integrato con l'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri, anche in considerazione dell'elevata proporzione di accessi pediatrici e del costante sovraccollamento dei PS a vocazione pediatrica della ATS, rappresenta una azione determinante per ridurre la pressione della popolazione per codici minori sui PS;
- mitigare il sovraccollamento: le prestazioni devono però trovare risposta in percorsi di fast-track interni alla struttura alla quale si è rivolto il paziente che devono essere non solo tracciati, ma anche sottoposti a governo e controllo. Inoltre, affrontare le tematiche di sovraccollamento vuol dire completare il riordino del sistema dell'accesso ai posti letto di subacute e al sistema delle cure intermedie, che rappresentano attualmente la modalità integrata per decomprimere l'occupazione dell'area medica a favore degli ingressi da PS.

### **3.2.6 Interventi relativi all'ambito farmaceutico**

Anche l'ambito farmaceutico, sia dal punto di vista prescrittivo sia da quello erogativo deve tener conto dell'accessibilità. La coesistenza di modalità erogative differenti, dettate dalla classificazione dei farmaci, dai diversi contesti organizzativi degli erogatori e dalla necessità di gestire risorse economiche limitate, rischia di produrre di fatto un'offerta delle prestazioni troppo eterogenea, che rende complesso l'accesso e crea disuguaglianze. Un'attenta regia di ATS può contribuire a rendere effettiva l'accessibilità anche in campo farmaceutico, attraverso una governance dei processi che tuteli l'unitarietà del sistema e allo stesso tempo garantisca ai cittadini un'assistenza organica, continuativa e adeguata ai diversi contesti (territoriali e di setting di cura).

In particolare

- in ambito di passaggio in cura verranno uniformati percorsi per renderli strutturati e sistematici, ad esempio da ospedale a territorio e viceversa; tale situazione può determinare una declinazione frammentata del diritto alla salute creando disagio ai cittadini e rendendo difficile il reperimento dei farmaci (come nei casi di mancata erogazione in ospedale dei farmaci assunti al domicilio o di mancata copertura della terapia in dimissione dalla struttura);
- in ambito di ricognizione e riconciliazione farmacologica verrà favorito il coinvolgimento del paziente non solo in termini di istruzione all'uso dei farmaci, ma anche di indirizzo al ritiro di tali terapie; affinché questo possa accadere è essenziale intervenire affinché tutti gli operatori sanitari siano a conoscenza dei canali erogativi attivi sul territorio;



- in ambito territoriale verranno incentivate forme di distribuzione che, pur assicurando l'impiego oculato delle risorse, favoriscano un accesso agevole all'assistenza farmaceutica con presa in carico da parte di personale qualificato, prediligendo i presidi di prossimità, quali le farmacie convenzionate.

Sarà fondamentale che questo nuovo approccio sia accompagnato dallo sviluppo di una forte informatizzazione che deve essere innanzitutto orientata alla reale integrazione dei diversi sistemi.

### **3.2.7 Interventi relativi alla spesa privata dei cittadini**

Tradizionalmente la spesa sanitaria privata non viene considerata nel perimetro di interesse delle ATS, che invece si concentra sul corretto utilizzo della quota di fondo sanitario regionale dedicata ai propri assistiti.

Questa visione, d'altra parte non tiene conto del fatto che in Lombardia circa un terzo della spesa sanitaria è a carico dell'assistito, pari a circa 700 euro procapite che ogni assistito lombardo spende di tasca propria per curarsi, solo in piccola parte usata per la compartecipazione. Circa 200 euro procapite/anno vengono spesi per prestazioni ambulatoriali che sono ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, nel 90% dei casi presso erogatori privati e solo nel 10% dei casi fruendo di prestazioni erogate in regime libero professionale da medici che operano nel sistema pubblico. Si tratta di un ambito che chiama in causa il ruolo di tutela svolto da ATS: la spesa privata dovrebbe infatti essere una scelta dell'assistito e non un'esigenza dettata da tempi di attesa inadeguati o da difficoltà di accesso al SSR. È poi essenziale che le prestazioni svolte in regime privato possano entrare a pieno titolo nel percorso assistenziale del paziente, essere raccolte nel suo fascicolo sanitario personale, rese accessibili a chi partecipa alla sua cura e che deve mettere a punto e valutare se un piano diagnostico e terapeutico sia stato effettuato correttamente.

Una particolare attenzione merita il tema dei fondi integrativi di natura assicurativa, ancora poco diffusi in Italia, ma che, grazie a vantaggi fiscali, si stanno diffondendo anche come strumenti di welfare aziendale. A seconda di come viene usato, questo strumento può essere fonte di un aumento di consumismo sanitario e non contribuire o addirittura appesantire il sistema sanitario regionale, o viceversa essere un elemento complementare che può rappresentare un'opportunità per integrarsi e sostenere il sistema pubblico. In questo senso ATS può porsi come un interlocutore di riferimento per i soggetti che gestiscono tali fondi, nell'interesse dei propri assistiti e per restituire al sistema regionale e nazionale elementi utili per governare questa materia.

Non sfugge infine che la spesa privata in sanità sia talvolta inappropriata, orientata a prestazioni o farmaci o dispositivi medici che non hanno evidenze di efficacia. Poter correttamente informare gli assistiti, mettendo a disposizione strumenti di valutazione e migliorando la loro consapevolezza nei confronti di un mercato complesso, non toglie nulla all'ovvia libertà di scelta di ogni assistito rispetto alla spesa privata, ma costituisce un impegno di tutela che è certamente coerente con la missione dell'ATS.

### **3.2.8 Interventi per l'integrazione sociosanitaria e la continuità cura-assistenza**

La complessità delle condizioni di vita e di salute delle persone e delle famiglie e la pluralità degli attori e dei soggetti coinvolti nei diversi processi (prevenzione, cura e assistenza), esigono strategie e modalità di lavoro che sappiano integrarsi e sviluppare in modo coordinato molteplici competenze istituzionali, professionali e organizzative. Infatti il percorso di miglioramento/mantenimento della salute e delle qualità di vita di chi si trova in una condizione di fragilità non può essere gravato anche dal compito di ricomposizione delle frammentazioni del sistema.

Allo stesso tempo, come la vita delle persone e delle famiglie si sviluppa in un "continuum" quotidiano che non separa e non frammenta tra loro i diversi aspetti e le tante dimensioni in cui si esprime, così anche gli interventi rivolti ad assicurare questo diritto devono sapersi dispiegare per proporsi in coerenza con questo continuum esistenziale.

A questi risultati deve puntare ATS, assumendo il ruolo di favorire e potenziare l'integrazione tra le competenze e le funzioni dei diversi attori del sistema sociosanitario e del sistema sociale, a partire dagli accordi che già per alcuni territori sono stati sottoscritti con i Comuni per rendere effettivo il risultato della continuità cura-assistenza. Una continuità che richiede come presupposto, da raggiungere attraverso l'azione di ATS, l'adeguato riconoscimento della componente territoriale e assistenziale rispetto alla rete di cura orientata alla fase acuta della malattia. L'area materno-infantile con i percorsi di assistenza alla maternità e genitorialità e l'area della disabilità gravissima che presenta nuove forme emergenti di disturbo psichico rappresentano due aree di intervento nelle quali dovrà dispiegarsi in modo compiuto il ruolo di governance di ATS. La gestione integrata dei percorsi di presa in carico e di fruizione di misure e

opportunità di aiuto, in particolare per la permanenza a domicilio delle situazioni di fragilità, costituisce l'altro fronte su cui l'integrazione sociosanitaria con il sociale deve saper sviluppare le proprie potenzialità.

### **3.2.9 Interventi per l'omogeneità della valutazione multidimensionale per l'accesso alle prestazioni**

Negli ultimi anni il sistema dei servizi e delle prestazioni sociosanitarie si è caratterizzato per lo sviluppo di un'offerta articolata non più solo in strutture residenziali e diurne, riabilitative e/o di assistenza domiciliare, ma altresì in una pluralità di "misure" e interventi innovativi in parte ancora di carattere sperimentale. Una dinamica che ha preso le mosse dalla contemporanea constatazione della scarsa flessibilità del sistema tradizionale di offerta a fronte di una crescente diversificazione dei bisogni e delle condizioni di fragilità e, nel contempo, dalla limitazione delle risorse a disposizione. Lo sviluppo di interventi più flessibili richiede strumenti che pongano i servizi in condizione di svolgere una lettura specifica dei bisogni e delle situazioni delle persone per poter adattare gli interventi alle priorità di assistenza e di cura e assicurare maggiore equità di accesso in un contesto di risorse limitate. Tra questi strumenti ricopre un ruolo centrale la valutazione multidimensionale, utilizzata per la conoscenza e la individuazione dei bisogni specifici, ma anche per la definizione dell'intervento e dell'apporto di competenze professionali e di servizi correlati.

È verso una multidimensionalità a tutti i livelli che è rivolta l'azione di ATS, affinché le possibili derive di frammentazione ed eterogeneità degli strumenti e degli indicatori di valutazione non producano disequilibrio e diseguità nell'accesso dei cittadini al sistema di interventi sociosanitari. Questa azione prenderà avvio con una mappatura delle diverse prassi e organizzazione delle Unità di valutazione multidimensionale che consenta di definire obiettivi di omogeneizzazione che tengano conto delle specificità e delle esigenze organizzative dei diversi attori impegnati nel processo.

## **3.3 Interventi per garantire il Diritto a cure efficaci, appropriate e adeguate**

L'impegno della ATS dovrebbe essere assicurare al cittadino le prestazioni necessarie, basandosi sulle evidenze scientifiche, nella struttura migliore con l'organizzazione più efficiente e garantendo le tempistiche utili alla soluzione dei problemi acuti e alla riduzione dell'evoluzione delle condizioni croniche. Nel seguito verranno sviluppate le linee di intervento che si intendono attuare, suddivise nei vari ambiti di offerta (preventiva, ospedaliera, territoriale, farmaceutica, sociosanitaria), che corrispondono anche all'articolazione organizzativa dell'ATS. Accanto a questo modello tradizionale, basato sull'attuale classificazione per 'silos' dei LEA (prevenzione, assistenza ospedaliera (comprendente le aree di ricovero, di emergenza urgenza e riabilitativa), assistenza distrettuale (comprendente le aree di Cure Primarie specialistica, farmaceutica e sociosanitaria), la riforma Lombarda ha individuato la necessità di sviluppare modelli assistenziali e organizzativi trasversali per garantire un'efficace presa in carico dei pazienti, in particolare quelli cronici, superando la rigida suddivisione per competenze a favore dell'efficacia del corretto percorso assistenziale. Una rivoluzione copernicana che riguarda anche l'organizzazione delle ATS.

### **3.3.1 Attuazione del modello di Presa in Carico**

La scelta della riforma lombarda di concentrarsi sui pazienti cronici, nasce dall'osservazione del sensibile e accelerato trend di incremento del numero di assistiti che soffre di una o più patologie croniche; dalla considerazione che per tali categorie di pazienti si concentra la maggior parte della spesa sanitaria e sociosanitaria; dall'evidenza che per tali condizioni patologiche occorra un modello assistenziale che prenda l'iniziativa, si orienti alla persona oltre che alla patologia, assuma preventivamente le iniziative per rallentarne il decorso e si concentri sulla prevenzione. Un modello che prevede la realizzazione di percorsi di presa in carico può comportare nell'immediato un aumento di alcuni interventi di specialistica ambulatoriale e di laboratorio, e di consumo di farmaci, con conseguente incremento di costi, dovuti alla maggior aderenza ai percorsi diagnostici terapeutici dei pazienti. La sfida dei prossimi anni è che a questo aspetto corrisponda prioritariamente un aumento del tempo in buona salute a cui conseguirà un minor accesso ai ricoveri ospedalieri. Nel medio lungo periodo si potranno così generare economie da reinvestire sulla prevenzione primaria e secondaria. Il modello regionale che ha inteso esprimere questi principi si fonda su tre pilastri:

- un sistema di classificazione delle malattie croniche e di stratificazione dei pazienti, in categorie clinicamente significative, omogenee per assorbimento di risorse sanitarie;
- una "modalità di remunerazione" in grado di valorizzare l'intero percorso assistenziale;

- una modalità di svolgere il servizio di «presa in carico» del paziente cronico proattiva e personalizzata, caratterizzata dalla presenza di un soggetto ‘gestore’, responsabile della corretta realizzazione del patto di cura proposto e condiviso dal paziente, del suo costante monitoraggio con il coinvolgimento di diverse professionalità (cliniche, sanitarie, assistenziali e socio-educative, amministrative) e di strumenti anche innovativi (telemedicina ecc.), e riferimento sintetico per la sua condizione di cronicità.

In questo quadro il ruolo di ATS è fondamentale per trasformare una nuova idea di sanità potenzialmente interessante, in una realtà che rispetti le aspettative che ha generato e risponda ai bisogni che ne sono stati all’origine. Proprio per il suo ruolo terzo, ATS è il soggetto che può connettere ed integrare il sistema e che dispone di tutte le basi di dati e di conoscenza per poter seguire la sperimentazione, misurarne i risultati in termini di guadagno di salute dei pazienti. ATS può quindi esprimere pienamente il suo ruolo, se saprà:

- favorire una relazione fra i soggetti gestori e gli erogatori di prestazioni che faciliti la corretta attuazione dei percorsi assistenziali individuali e offra reale valore aggiunto ai pazienti che aderiscono;
- contribuire alla definizione degli interventi di promozione della salute e prevenzione e all’individuazione delle prestazioni sociosanitarie da prendere in esame affinché i Piani di Assistenza Individuali siano sempre più una risposta globale ai bisogni della persona, e non solo prestazioni utili per la cura della sua patologia;
- mettere a punto insieme alle ASST e agli IRCSS, i modelli di presa in carico per i pazienti più complessi e che già oggi sono gestiti prevalentemente in ospedale;
- sviluppare e condividere lo sviluppo ed il monitoraggio di indicatori anche di percorso, oltre che di esito, con i gestori e con i gruppi di clinici di riferimento degli erogatori;
- individuare strumenti di audit continuo e condiviso con i gestori dell’effettiva rispondenza dei Piani di Assistenza Individuali (PAI) alle indicazioni delle società scientifiche, ai criteri dell’efficacia e dell’appropriatezza anche utilizzando metodi *Evidence Based Medicine*;
- contribuire alla messa a punto di sistemi in grado di misurare e tenere sotto controllo gli esiti della presa in carico in termini di valore per il paziente (per esempio misurando la capacità del modello di rallentare la progressione della specifica patologia), anche con lo scopo di sviluppare modelli di finanziamento basati sul valore.

Raccogliere questa sfida, per la sua rilevanza e complessità, richiederà quindi una specifica revisione organizzativa di ATS e un investimento sulle competenze necessarie per poterla affrontare.

### **3.3.2 Sistema di emergenza – urgenza**

L’Agenzia per la Tutela della Salute, oltre a quanto già descritto in precedenza in relazione ai temi del sovraffollamento e dell’iperafflusso nei pronto soccorso, può svolgere un ruolo di regia centrale nel ridisegno della rete dell’emergenza e dell’urgenza con nuovi criteri, in grado di sviluppare di un modello che operi una reale integrazione fra livelli di intervento ospedalieri e territoriali, anche attraverso la regolazione delle strutture a volumi inadeguati e a prestazioni a bassa performance clinica. L’erogazione di prestazioni in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza dei Presidi Ospedalieri della Rete di Emergenza e Urgenza, sedi di Pronto Soccorso (PS) e di Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA I e II livello), rende necessaria la definizione di un nuovo assetto organizzativo per l’assistenza ospedaliera in base all’analisi dei dati di attività ed alla garanzia della presenza di professionisti con competenze specifiche. Ciò comporterà la riconversione di alcuni Presidi in relazione alle risorse e alle competenze disponibili, ai volumi di attività e agli esiti ottenuti, nel rispetto degli standard fissati, in attuazione di indirizzi regionali di riclassificazione dei Presidi ospedalieri che afferiscono alla rete regionale dell’Emergenza – Urgenza previsti dal D.M. 70/2015. In questo quadro ATS porrà attenzione:

- all’applicazione dei criteri di centralizzazione dei pazienti secondo la programmazione regionale sulle reti di patologia tempo-dipendenti;
- allo sviluppo ed utilizzo degli strumenti resi disponibili dai progetti regionali per l’integrazione informatica tra il sistema del 118 ed i Pronto Soccorso e tra questi e il sistema regionale E.U.O.L. (Emergenza Urgenza On Line), per favorire una funzionale allocazione delle persone soccorse e la tempestiva presa in carico dei pazienti da parte delle Strutture ospedaliere;
- alla possibilità di estendere sperimentazioni fra ospedali e RSA per gestire gli accessi in pronto soccorso di pazienti anziani cronici e fragili (progetto PRINGE di punto di primo intervento geriatrico del Pio Albergo Trivulzio con l’ASST Fatebenefratelli Sacco).

### **3.3.3 Rete delle Cure Primarie**

ATS intende rafforzare la propria azione per favorire una reale transizione della medicina generale verso l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare. Questo sarà possibile con la creazione di nuovi PreSST, e nuove forme associative strutturate, dotate di personale infermieristico oltre al collaboratore di studio e l'ampliamento dell'offerta ambulatoriale della continuità assistenziale fino alle 24 con l'integrazione della stessa all'interno di studi medici aggregati. Questi obiettivi saranno raggiunti sia con strumenti incentivanti nella contrattazione decentrata, sia, d'intesa con le ASST, mettendo a disposizione spazi dedicati all'interno di poliambulatori, ospedali, anche in collaborazione con le cooperative di gestori di Medici di Medicina Generale. Gli ambulatori di Continuità assistenziale saranno informatizzati e, quando collocati in prossimità di nuclei di Cure Primarie, condivideranno con i colleghi le informazioni sanitarie utili a garantire la continuità delle cure. Saranno inoltre concordati e rivisti i criteri di accesso e mantenimento dei fondi incentivanti definiti di "qualificazione dell'offerta" affinché diventino motore di cambiamento e qualità per garantire il rilancio delle Cure Primarie.

Verranno sviluppati progetti volti ad implementare interventi di prevenzione primaria attraverso la promozione della salute e il miglioramento della presa in carico degli assistiti con patologie croniche in fase iniziale - come ipertensione, patologie cardiovascolari, diabete, sovrappeso ecc. - nei confronti dei quali potranno avviarsi programmi di *screen and treat* (programmi di educazione, identificazione dei soggetti a rischio e counseling specifico sui corretti stili di vita), oppure monitorare e controllare direttamente i pazienti seguiti di norma dagli specialisti, come coloro che sono in terapia anticoagulante orale. Il pediatra di famiglia potrà essere sempre più il primo riferimento per il monitoraggio e l'aggiustamento della terapia del bambino con asma lieve o moderata; potrà inoltre individuare percorsi specifici con le famiglie per il trattamento dei bambini sovrappeso/obesi e monitorarli nel tempo.

È stato sviluppato e sarà ulteriormente implementato l'apposito programma utilizzato dai medici e pediatri di famiglia attraverso il quale avviene la prescrizione online dei dispositivi protesici, del materiale per i diabetici, dei dispositivi ad assorbenza e a raccolta, semplificando così il percorso al cittadino.

Le vaccinazioni effettuate dai medici e pediatri di famiglia permettono di completare l'assistenza rivolta ai loro assistiti: i medici saranno sempre più coinvolti nelle campagne vaccinali previste dal piano regionale vaccini, per raggiungere gli obiettivi di copertura previsti dai LEA.

È auspicabile che tale evoluzione e potenziamento del ruolo clinico dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta avvenga attraverso la condivisione di percorsi realizzabili al meglio attraverso i modelli delle forme associative, comprendendo il personale sanitario che opera insieme al medico. L'inserimento anche del pediatra nell'associazione permetterebbe per esempio di favorire il passaggio del ragazzo direttamente al medico di famiglia.

### **3.3.4 Rete ospedaliera: ricoveri e prestazioni ambulatoriali**

*" [...] gli ospedali, se vogliono migliorare, devono dichiarare quali sono i loro risultati ed analizzarli, [...] devono confrontare i loro risultati con quelli degli altri ospedali; devono dedicarsi all'assistenza di quei casi per i quali sono riconosciuti produrre un buon risultato, evitando di tentare di assistere quei pazienti che presentano patologie per le quali per le quali non sono qualificati, devono assegnare i casi per la chirurgia agli operatori per ragioni migliori che l'anzianità, il calendario o le convenienze di tempo, devono pubblicizzare non solo i loro successi ma anche i loro errori, così che il pubblico possa aiutarli; quando è necessario devono gratificare il personale sulla base del loro operato e per ciò che fa per i pazienti."*

Sono passati oltre 100 anni e l'articolo "Study in Hospital Efficiency" di Ernest A. Codman, chirurgo del Boston Hospital, resta attuale e viene ricorsivamente citato quando si affrontano i temi del governo clinico. Oggi sono disponibili strumenti e misure per attuare, almeno in parte, il programma proposto da Codman: si pensi al Piano Nazionale Esiti, alla disponibilità di indicatori di processo e di qualità che sono raccolti in modo sistematico. Resta d'altra parte molto difficile, per un ospedale, mettere in discussione le proprie performance e i propri professionisti. Ciò non vale per ATS, che ha invece nel suo mandato istituzionale il compito di assicurare ai propri assistiti una rete di offerta che garantisca qualità ed efficacia dei trattamenti, che eviti prestazioni inutili e a volte, persino dannose per il paziente, che si preoccupi dell'aggiornamento dei professionisti. Per poter svolgere questa attività l'Agenzia dispone di tre strumenti fondamentali:

- **accreditamento:** è un processo di valutazione, sistematico e periodico, per verificare l'adesione a predefiniti requisiti, correlati alla qualità dell'assistenza. ATS svolge questa attività di verifica della presenza e del mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di competenza necessari affinché le strutture sanitarie e sociosanitarie possano esercitare la propria attività nell'ambito del SSR. Attraverso tale processo da una parte viene incentivata l'autovalutazione per il miglioramento continuo della qualità delle strutture erogatrici, dall'altra ATS ricava informazioni utili per proporre aggiornamenti per il miglioramento dei requisiti stessi così da rendere il sistema coerente e appropriato alle innovazioni tecnologiche e alle modificate esigenze di salute della popolazione;
- **negoiazione e contrattualizzazione:** all'interno delle risorse assegnate e nell'ambito degli indirizzi ATS può orientare l'attività degli erogatori verso il perseguimento di appropriatezza e qualità, in modo che ad ogni struttura venga chiesto di produrre quello che sa fare meglio, per il quale è più attrattiva e che è più necessario, anche con riferimento ai nuovi LEA, per garantire al sistema nel suo complesso un'offerta adeguata, per quantità e qualità, e accessibile ai pazienti;
- **audit, controllo e vigilanza.** Accanto alla tradizionale attività di controllo sul mantenimento dei requisiti di accreditamento e sulla corretta e veritiera rendicontazione delle prestazioni erogate e finanziate dal SSR, ATS intende sviluppare attività sistematiche di confronto con gli erogatori sanitari e sociosanitari, pubblici e privati accreditati per dare supporto nella definizione delle azioni di miglioramento possibile, monitorarne e controllarne l'effettiva attuazione ed eventualmente intervenire, alla luce dei risultati, sugli aspetti di accreditamento o relativi al contratto per attività che non garantiscano i livelli di qualità attesi.

Nei prossimi cinque anni, utilizzando opportunamente questi strumenti - resi robusti dalla possibilità di analizzare l'andamento, struttura per struttura, di indicatori di qualità, di efficacia, di efficienza organizzativa - ATS può quindi partecipare in modo attivo ai principali piani di programmazione regionale per il riordino della rete di offerta, previsti anche dalla normativa vigente (DM 70/2015). Obiettivo raggiungibile solo se le indicazioni regolamentari generali (che stabiliscono per esempio i bacini di riferimento dei diversi livelli della rete ospedaliera, il numero di strutture complesse, la casistica minima), verranno valutati anche alla luce dei dati di osservazione della realtà di ogni territorio (livelli quali quantitativi e appropriatezza delle prestazioni erogate, flussi di mobilità, effettiva accessibilità dei servizi anche in funzione dei tempi di raggiungimento dei pazienti).

Una trasformazione e rimodulazione della rete ospedaliera, orientata a:

- adeguare le dotazioni di posti letto alle effettive necessità cliniche ed epidemiologiche;
- ridurre la variabilità dei tempi di degenza e i ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza sviluppando i regimi di day surgery e ambulatorietà complessa;
- migliorare gli indici di complessità della casistica ospedaliera, sviluppando al contempo aree a minore intensità di cura, ponte fra l'ospedale e il territorio come previsto in Lombardia per POT e PreSST;
- ripensare, secondo gli stessi criteri, anche la rete riabilitativa.

Come già ricordato, l'attività della ATS non si può però limitare al governo delle strutture di cura, in un sistema in cui la buona qualità di ogni prestazione erogata non garantisce di per sé un buon risultato clinico per un paziente, se non all'interno di un adeguato percorso assistenziale che si svolge fra livelli ospedalieri e territoriali. Definire e governare le reti clinico assistenziali è quindi una linea di attività che ATS intende sviluppare, facilitando l'integrazione fra organizzazioni diverse e garantendo l'appropriatezza complessiva e la sostenibilità economica. La promozione organizzativa delle reti ha anche una ricaduta in termini di ricerca clinica e strumentale: poter disporre di hub di forte credibilità scientifica che si relazionano ad altre strutture sanitarie, permette di diffondere protocolli e garantire sostegno culturale e scientifico nell'attività collaborativa.

Considerazioni analoghe possono essere fatte per l'assistenza ambulatoriale, che richiede una distribuzione più prossima agli assistiti: verrà quindi posta attenzione alla copertura omogenea in tutti i distretti ATS, allo sviluppo delle progettualità per la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni più critiche, e all'erogazione di pacchetti diagnostici per ridurre il tempo necessario a pervenire ad un'esauritiva valutazione clinica.

### **3.3.5 Assistenza Farmaceutica, Protesica e Integrativa**

I farmaci costituiscono un essenziale strumento di tutela della salute ed in quest'ottica ATS intende operare affinché sia salvaguardato il diritto dei cittadini ad un equo accesso alle cure con garanzia di continuità nei passaggi fra terapie ospedaliere e domiciliari, coniugando inoltre l'innovazione farmaceutica con la sostenibilità economica. L'assistenza

farmaceutica, protesica e integrativa rappresenta un ambito particolarmente trasversale, con un'erogazione a favore di centinaia di migliaia di pazienti, peraltro inseriti in molteplici livelli di cura come servizi territoriali, farmacie convenzionate, negozi specializzati, grande distribuzione, strutture pubbliche e private accreditate sanitarie e socio-sanitarie, coadiuvati dalla filiera distributiva. La funzione di ATS permette di intercettare i diversi step dell'assistenza farmaceutica, a partire dall'orientamento prescrittivo con la promozione di percorsi per corretto uso dei farmaci, passando attraverso il concorso nelle scelte relative alle modalità di erogazione, fino ad arrivare alla vigilanza e al controllo della filiera e alla farmacovigilanza. L'ATS può quindi programmare interventi differenti, ma sinergici ed in grado di garantire il governo complessivo del sistema. Ognuno dei momenti sopra descritti può essere riletto come segue:

- orientamento prescrittivo: la condivisione dei principi di appropriatezza economica, dell'importanza di valutare i costi evitabili e di individuare gli sprechi al fine di reperire risorse che finanzino l'innovazione, deve essere ricercata anche attraverso iniziative informative rivolte ai cittadini. La promozione dei farmaci a brevetto scaduto, a partire da quelli in cui si concentra maggiormente la spesa dei cittadini, deve tendere all'utilizzo consolidato dei farmaci equivalenti al fine di contribuire anche alla sostenibilità sociale a carico del cittadino, considerato che la differenza fra prezzo di riferimento a carico del SSN e prezzo delle specialità di marca è a carico del cittadino stesso. Inoltre, le iniziative di formazione e di comunicazione sull'impiego di alcuni gruppi terapeutici messe in atto da ATS dovranno essere connotate da un approccio *one health* comune ai diversi ambiti di interesse (socio-sanitario, cure primarie, veterinario), ad esempio rispetto all'uso responsabile di antibiotici o all'utilizzo di sostanze stupefacenti;
- coordinamento modalità erogative: mentre nell'area farmaceutica è maggiormente consolidata la pianificazione di sistemi distributivi, nell'area di assistenza integrativa è urgente operare in stretto raccordo con le ASST per la definizione dei setting assistenziali più adeguati. Tra i più significativi l'erogazione dei presidi per diabetici, al fine di rispondere in modo integrato ed omogeneo ai bisogni del paziente, garantendo nel contempo la razionalizzazione e l'efficientamento della spesa;
- vigilanza e controllo: accanto alle funzioni di verifica ed accertamento, è necessario implementare l'attività di farmacovigilanza (la segnalazione degli eventi avversi dovuti all'uso dei farmaci), strumento oggi poco utilizzato da parte degli operatori sanitari, ma fondamentale per definire in modo continuativo il profilo di tollerabilità di un medicinale nelle reali condizioni d'impiego e in un numero sufficientemente elevato di pazienti. Questa attività può fattivamente incidere su tutti i precedenti livelli: in base alle sue risultanze vengono aggiornate le informazioni ai prescrittori e le schede tecniche dei medicinali; in termini distributivi potrebbero essere introdotti vincoli erogativi più stringenti nel caso di segnalazioni importanti; nella fase di vigilanza si appronteranno eventualmente controlli ad hoc a valle del sistema prescrittivo-erogativo nel caso, per esempio, di misure ed errori in terapia. Infine la capacità informatica e di monitoraggio dei dati è tale da incoraggiare studi osservazionali da parte di ATS con definizione di specifici outcome.

### **3.3.6 Rete sociosanitaria**

L'indirizzo programmatico per il prossimo quinquennio è finalizzato a perseguire il sempre maggiore riconoscimento delle opportunità di cura e tutela offerte dal Sistema Sociosanitario Lombardo. Ciò significa, per ATS, un insieme di interventi rivolti al benessere globale dell'individuo anche in base alla definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Salute, concepita come un insieme di benessere fisico, psichico e sociale. Gli snodi fondamentali da perseguire sono:

- la centralità dei percorsi diagnostico-terapeutici e dell'integrazione tra prestazioni sociosanitarie e sociali;
- il passaggio a modalità di cura e assistenza che si rivolgono a gruppi di popolazione (come ad esempio chi si trova in situazione di cronicità);
- il passaggio dall'organizzazione su singole unità d'offerta a una fondata su centri in grado di aggregare in un'unica struttura fisica la risposta globale ai molteplici bisogni del cittadino;
- la capacità di gestire insieme sia il governo dell'offerta sia il governo della domanda a partire dalla definizione condivisa della progettazione individuale e degli strumenti di valutazione degli interventi con gli enti erogatori.

ATS, non deve quindi essere soltanto in grado di cogliere tempestivamente i bisogni di cura ponendoli in corrispondenza con la rete dei servizi, ma deve esser ancor più essere capace di:

- anticipare nuovi fenomeni a rilevanza sociosanitaria;

- prevedere e intercettare richieste e bisogni di cura per patologie/condizioni non ancora inquadrati nello standard dei servizi attualmente offerti, sviluppando un'analisi della rilevanza da portare all'attenzione di Regione Lombardia e concordando con essa modalità sperimentali di gestione e sostegno;
- programmare un governo dell'integrazione tra interventi sociosanitari e sociali sostenendo:
  - analisi della domanda emergente nei diversi distretti;
  - sviluppo di nuovi approcci statistico-epidemiologici per valutare appropriatezza ed esiti delle cure;
  - monitoraggio della salute della popolazione e dell'accessibilità dei servizi.

Il coordinamento, il monitoraggio e le indicazioni programmatiche potranno avvalersi dei contributi provenienti da un'articolazione per sottogruppi tematici, che si confermeranno o che si attiveranno per permettere ad ATS di garantire uno stretto raccordo con gli ambiti locali, progettuali e rappresentativi effettivamente attivi.

L'attenzione agli interventi di valutazione degli esiti dei percorsi per assicurarne l'appropriatezza, l'omogeneità di offerta e la continuità di cura e assistenza va declinata anche verso le nuove forme del disagio; i bisogni complessi che esigono l'intervento di competenze multidisciplinari; le condizioni di vulnerabilità che oggi toccano aree individuali e familiari sempre più estese.

### **3.3.7 Rete della salute mentale**

A 40 anni della riforma psichiatrica, che ha consentito di superare l'ospedale e di rifondare la cura dei disturbi mentali basandola su principi di umanizzazione, è presente un apparato tecnico qualificato composto dai Servizi territoriali di Salute Mentale organizzati in forme dipartimentali che hanno sposato il modello integrato con i Servizi delle Dipendenze Patologiche, della Neuropsichiatria Infantile e dell'adolescenza. Questa confluenza nasce per dare origine a maggiori sinergie nel lavoro delle équipe di questi tre servizi. In termini del tutto coerenti con quanto detto, l'ATS intende coinvolgere e promuovere l'integrazione dei vari soggetti: dagli enti e istituzioni territoriali, al mondo del lavoro, alle famiglie, agli utenti stessi. Inoltre i fenomeni connessi con l'uso di sostanze psicoattive a scopo non terapeutico variano rapidamente nel tempo, e a differenza di altri fenomeni di interesse del sistema Sociosanitario, per poter rispondere con modelli organizzativi adeguati è fondamentale che il rapporto tra chi programma, chi organizza e chi previene sia il più possibile integrato.

Riabilitazione, inclusione sociale, diagnosi precoce e prevenzione, presa in carico, percorsi di cura personalizzati e continuativi, progettualità specifiche per popolazioni a rischio per età o condizioni socio-sanitarie e di vita, saranno il focus su cui organizzare meglio la rete di offerta coinvolgendo i soggetti accreditati di vari ambiti (pubblici come i SERD, e privati come i SMI) e strutture dedicate alle dipendenze, comprese le strutture ospedaliere e territoriali.

## **3.4 Interventi per garantire il Diritto alla prossimità**

L'attuazione del Diritto di prossimità, nella sua duplice valenza di sostegno e accompagnamento, costituisce un elemento che qualifica la tutela della salute e rende concretamente esigibili tutti i diritti citati nel documento, integrando l'approccio specialistico alle cure con l'attenzione e l'intervento sulle dimensioni sociali, relazionali e di concreta funzionalità delle persone e delle famiglie. Un'attenzione e intervento che non si esauriscono nell'assicurare adeguati livelli di informazione, ma che sono in grado di affiancare in modo complementare e integrato azioni di supporto al cittadino, e che svolgono una funzione di supporto nel percorso di presa di coscienza della propria situazione e poi di emancipazione, con l'obiettivo di superare situazioni problematiche con progetti personalizzati. Favorire nella rete dei servizi la presenza di figure che possano costituire un riferimento unitario ed unico per la persona, in grado di conoscere e tener conto dei diversi bisogni e dei percorsi socioassistenziali e sociali, i case manager, consentirebbe di dare concretezza alle priorità sopra descritte.

Passare da un approccio di attesa ad un'azione di promozione e offerta attiva è la sfida, prima culturale che operativa, che deve essere assunta come propria dai gestori dei servizi, dagli operatori, da ogni livello di responsabilità istituzionale e tecnico del sistema integrato sociosanitario e sociale.

In questo ATS vuole svolgere in pieno il proprio ruolo. L'azione di governo e il coordinamento di reti territoriali (sia in forma diretta che partecipata), e la condivisione di accordi e intese operative tra i servizi sociosanitari e sociali costituiscono premesse e condizioni perché il riconoscimento della priorità di salute possa trasformarsi in opportunità e interventi concreti, e perché si attivino le potenzialità del territorio, integrando in un approccio di sostegno e orientamento "di prossimità" le tante risorse ed energie di cui è ricco e ponendo al centro la globalità della persona. La

sperimentazione della Cartella Sociale Informatizzata potrebbe rappresentare uno strumento operativo di supporto allo scambio reciproco di informazioni fra i diversi attori coinvolti nella presa in carico del cittadino.

L'innovazione di questo approccio si costruisce non solo attraverso una valorizzazione dei luoghi e degli strumenti di confronto e intesa tecnico-istituzionale, ma passa da una condivisione delle informazioni e da una formazione congiunta, aspetti spesso dati per scontati, ma che invece sono fondamentali per offrire interventi di sostegno e accompagnamento ai cittadini e renderli consapevoli delle scelte di salute. Troppe volte sono i responsabili dei servizi e gli operatori a non conoscere pienamente, a non essere informati e aggiornati sulle opportunità, le innovazioni, le nuove modalità di offerta del sistema, sulle possibilità di integrazione tra sociosanitario e sociale. Per questo ATS ha un ruolo centrale affinché, attraverso il confronto e la pianificazione nelle Cabine di Regia e nelle reti, si riesca – valorizzando le specificità dei territori a:

- pianificare azioni di condivisione di dati e *best practices* e aggiornamento;
- utilizzare al meglio le sperimentazioni, anche micro, così che diventino opportunità “di sistema” e non rimangano racchiuse in ambiti locali o di settore;
- sostenere le progettualità innovative in grado di favorire il passaggio ad una cultura della salute diffusa.

Particolare attenzione verrà prestata nei confronti dei bisogni emergenti e delle condizioni di fragilità quale esito dei cambiamenti sociodemografici; in questo contesto, fra gli ambiti prioritari su cui concentrare le energie, si trovano:

- la valorizzazione delle reti di prossimità sussidiarie per l'assistenza e il sostegno a domicilio degli anziani non autosufficienti o in una situazione di critica vulnerabilità;
- il contrasto alla violenza di genere;
- il contrasto al bullismo e cyberbullismo;
- gli interventi in favore di bambini e adulti affetti da disturbi pervasivi dello sviluppo (autismo);
- percorsi che favoriscano l'inclusione sociale delle persone con disabilità, con particolare attenzione al momento di passaggio alla maggiore età e all'attivazione di percorsi protetti per l'accesso alle strutture.



## 4. Come intendiamo muoverci

### 4.1 La valutazione e la misura come guida per l'attività programmatoria

Le valutazioni del contesto che sono ritenute fondamentali per la definizione dei bisogni, per leggere la domanda e indirizzare l'offerta di interventi non rappresentati dalle sole prestazioni sanitarie, sono ad oggi basate su strumenti statici basati su una valutazione epidemiologica molto standardizzata (mortalità, ricoveri, incidenza di tumori, prevalenza di condizioni croniche) e poco utilizzabile a fini di governo. Nella logica di una Agenzia che sappia interpretare i bisogni della popolazione si rende necessaria una lettura, basata su tutte le fonti informative sociosanitarie correnti, che fornisca immagini dinamiche dello stato di salute come indicatori multidimensionali, da utilizzare per la pianificazione delle azioni a livello di popolazione.

Essenziale alla funzione di tutela è la raccolta e l'analisi critica di informazioni affidabili e aggiornate riguardanti lo stato di salute ed il contesto ambientale, compresa la salute degli animali che lo abitano, e sociale in cui la salute della popolazione si determina. Strumentale a questa attività è anche la sorveglianza sulla qualità e sulla rilevanza delle informazioni utilizzate per le attività di programmazione e di controllo, in particolare quando riguardano innovazioni cliniche (per introdurre nella pratica dei servizi tecnologie diagnostiche o terapeutiche di recente sviluppo), organizzative (per adottare nuovi modelli organizzativi con cui offrire servizi alla popolazione), l'avvio di programmi di sanità pubblica (i programmi di prevenzione, le campagne di diagnosi precoce, ecc.), o infine l'organizzazione di studi epidemiologici sperimentali o osservazionali. Spesso infatti è necessario adottare decisioni rilevanti per la salute pubblica, sulla base di informazioni ancora imperfette, per tempestività o per completezza. Altre volte le informazioni disponibili possono essere carenti dal punto di vista della qualità oppure essere troppo influenzate dal punto di vista di chi le ha prodotte. Particolare rilevanza assumono le informazioni derivabili dall'analisi critica della letteratura scientifica o quelle che si producono dall'osservazione diretta dei fenomeni sanitari e sociali.

Nello sviluppo della funzione di tutela si intende potenziare l'attività di valutazione delle tecnologie e, più in generale, di promozione della qualità metodologica nelle azioni poste in essere dal sistema dei servizi sanitari e sociosanitari.

A tal fine si possono ipotizzare alcune linee principali di azione:

- valutare preliminarmente le evidenze scientifiche disponibili (con attenzione alla loro qualità e affidabilità) ricorrendo allo strumento delle revisioni sistematiche e utilizzando la rete regionale e nazionale di HTA;
- prevedere sistemi di valutazione in tutti i programmi e in tutte le azioni di innovazione clinica e organizzativa;
- utilizzare metodi di ricerca applicata per la raccolta strutturata di informazioni sul funzionamento dei servizi, per indagare le cause delle criticità determinatesi, per simulare e prevedere gli effetti futuri, per indagare le percezioni e le opinioni degli operatori e dei destinatari dei servizi.

### 4.2 La funzione di riferimento verso il cittadino e le comunità territoriali

#### 4.2.1 Il rafforzamento dei Distretti

L'evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo avviata con la L.R.23/2005 ha posto particolare attenzione all'integrazione del servizio sanitario, sociosanitario e sociale. Le ATS garantiscono questa integrazione attraverso i Distretti che declinano a livello territoriale le azioni di indirizzo e di governo definite dalla Direzione strategica e dai Dipartimenti aziendali. In questa prospettiva il Distretto assume ruolo di cerniera di processi programmatori e di integrazioni intra e inter-aziendali e inter-istituzionali, ascoltando e rilevando i bisogni del territorio e interagendo con tutti i soggetti ivi rappresentati, istituzionali, erogatori pubblici e privati accreditati, professionisti e terzo settore, al fine di concorrere, con il suo ruolo di facilitatore, alla programmazione e alla realizzazione dell'integrazione della rete d'offerta sociosanitaria sul proprio territorio di competenza.

Sul territorio di ATS Città Metropolitana di Milano vi sono sei distretti, coincidenti con il territorio di riferimento delle ASST (Nord Milano, Rhodense, Ovest Milanese, Melegnano Martesana e Lodi) con l'eccezione del comune di Milano che costituisce un unico Distretto. Dal punto di vista interno di ATS il Distretto sviluppa una sistematica rete di relazioni, interconnessioni e interazioni con tutte le strutture e articolazioni dell'Agenzia, tramite momenti periodici di confronto, strutturati per promuovere il necessario coordinamento tra Distretti e Dipartimenti, quale luogo di condivisione

strategica di linee di indirizzo comuni e di programmi, progetti e azioni. In termini di interlocuzione, rappresentanza, pianificazione e promozione, le principali interazioni del Distretto si concretizzano con gli stakeholder del territorio:

- l'ASST e gli altri erogatori sanitari e sociosanitari, pubblici e privati accreditati, per favorire i processi di integrazione e di continuità assistenziale;
- i Comuni e soprattutto i relativi Uffici di Piano, per perseguire l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali nell'ambito dei Piani di Zona;
- i Referenti dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Famiglia e delle Farmacie, per il governo dei percorsi di presa in carico integrata della persona;
- il Terzo Settore e il Volontariato e le Formazioni Sociali, per migliorare e ridefinire l'offerta in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, valorizzandone il contributo nelle azioni locali.

Si prevede la piena attivazione di tutte le Direzioni distrettuali di ATS, affinché si possa progressivamente sviluppare il ruolo di riferimento territoriale di ATS. In fase di avvio l'attività si concentrerà su alcune funzioni ritenute prioritarie:

- l'ascolto strutturato dei cittadini e delle istituzioni locali per cogliere criticità e intercettare bisogni, e per fornire attiva collaborazione all'ideazione e alla declinazione sui territori di iniziative legate a temi specifici, come la prevenzione e la promozione della salute;
- la lettura dei dati sullo stato di salute della popolazione, domanda e uso dei servizi socio sanitari e presenza di fattori di rischio ambientali o comportamentali. Tale attività si realizzerà attraverso la realizzazione di "profili di distretto" e la restituzione dei risultati degli studi ed indagini ad hoc che vengono realizzati;
- la promozione di iniziative di condivisione e coordinamento dei professionisti che operano a livello distrettuale e che appartengono alle varie reti cliniche, per favorire la diffusione sui territori degli indirizzi e degli obiettivi di appropriatezza e qualità delle cure elaborati in sede regionale e di ATS e per raccogliere suggerimenti e criticità eventualmente presenti.

#### **4.2.2 Un riferimento per le comunità locali**

Come descritto in più punti nel documento, l'Agenzia si propone come un riferimento per le istituzioni che rappresentano le comunità locali e per le realtà della società civile sui diversi aspetti della tutela della salute. Un riferimento in grado non solo di offrire elementi e dati di conoscenza sullo stato di salute della popolazione, ma che vuole arricchire questa conoscenza mettendo a fattore comune la ricchezza di esperienze che caratterizza l'ampio e articolato territorio di ATS. Gli organismi di rappresentanza dei Sindaci e le Cabine di Regia costituiscono luogo e strumento in cui promuovere e valorizzare questa reciprocità di riferimento tra ATS e Comuni; in proposito ATS opererà affinché possa essere completata la costituzione delle Assemblee dei Sindaci distrettuali in tutti i Distretti di ATS. Si colloca sempre in questa linea di attenzione verso il territorio e le comunità l'interesse che ATS rivolge anche alle relazioni con il mondo del volontariato e delle diverse forme di aggregazione sociale impegnate in ruoli di *advocacy* e/o di attività diretta nelle diverse aree della tutela e promozione della salute, valutando alleanze e collaborazioni, come già avvenuto in passato ad esempio sul "Piano Caldo".

#### **4.2.3 Il potenziamento dell'ascolto e della relazione con il cittadino**

Questo documento rilancia, per tutti coloro che operano in ATS, il principio per il quale la tutela della salute degli assistiti deve essere sempre al centro delle politiche e delle azioni quotidiane. Per esercitare questo ruolo occorre rilanciare la capacità di ascolto degli assistiti, che si è indebolita in conseguenza della perdita del contatto diretto con gli stessi, sia nei percorsi di cura sia negli aspetti amministrativi. Fa parte della missione di ATS la capacità di porsi in relazione con i propri assistiti, risolvere problemi piccoli o grandi collegati alla loro salute offrendo loro i percorsi più semplici efficaci, interpretare le loro preoccupazioni e aiutarli ad orientarsi all'interno di un sistema complesso.

Mettere a disposizione un canale di comunicazione e saper dare risposte, anche attraverso di nuove tecnologie (chat, portale ecc.), rappresenta anche un sistema di sorveglianza diffusa del sistema sanitario. Le segnalazioni dei cittadini, sia per quanto riguarda gli aspetti di sanità pubblica, sia nell'accesso e nell'esperienza dei pazienti o dei loro familiari nel sistema sanitario e sociosanitario, rappresentano infatti una fonte informativa preziosa, capillare e tempestiva per le funzioni istituzionali di controllo e vigilanza di ATS e permettono di far emergere, raccogliere ed analizzare le criticità del sistema sanitario e sociosanitario del sistema locale, per l'attuazione di necessari correttivi. Per questi motivi fra gli interventi che si intende mettere in atto nei prossimi anni, assume rilevanza la creazione di una visione integrata degli

utenti, al fine di utilizzare le informazioni per coordinare i propri servizi, garantendone circolarità e raccogliendo i *feed back* all'interno di un sistema di comunicazione. Affinché questo possa realizzarsi sarà necessario investire negli interventi formativi interni necessari per sostenere un cambiamento culturale così significativo.

#### **4.2.4 La Scuola di Salute**

Tra le attività iniziali del Distretto è ipotizzabile l'organizzazione di iniziative di restituzione locale di informazioni sulla salute della popolazione (e sul funzionamento del sistema dei servizi) e di accompagnamento alla lettura critica di queste informazioni. Scopo di queste iniziative è offrire in modo attivo e trasparente alle comunità locali tutte le informazioni necessarie per alimentare la competenza dei cittadini e degli amministratori locali, per consentire la loro attiva partecipazione alle decisioni che riguardano la salute della popolazione. Il Distretto si occuperà di operare sul contesto territoriale per costruire le migliori condizioni in cui realizzare le iniziative della scuola di salute. Informerà e stimolerà l'intervento dei sindaci e degli altri amministratori locali, attiverà le associazioni, stimolerà le varie reti locali e utilizzerà i canali più efficaci per informare i cittadini. Identificherà, in questo lavoro preparatorio, le aree di maggior interesse (ed eventualmente di preoccupazione) e le percezioni riguardo la salute e le criticità presenti nel sistema dei servizi. L'ATS organizzerà il contenuto delle iniziative predisponendo micro-moduli di presentazione e lettura critica riguardanti la popolazione del distretto: profilo di salute; diseguaglianze, deprivazione e fattori sociali; comportamenti sanitari; stili di vita; attività di prevenzione realizzate; rischi ambientali presenti, anche legati all'ambito veterinario; studi disponibili sugli effetti di specifiche esposizioni locali. Organizzativamente i moduli saranno articolati in sezioni didattiche generali (dedicate ai principi generali di metodo e di lettura) uguale per tutti i distretti (e realizzabili anche in una sola sede) e lavori di presentazione e analisi dei dati locali, replicabile per ciascun distretto.

### **4.3 Interventi organizzativi interni per migliorare clima aziendale e condizioni di lavoro**

La Direzione, con il supporto del Comitato Unico di Garanzia nonché dell'istituendo Organismo Paritetico per l'Innovazione previsto dall'art. 7 del nuovo CCNL 21 maggio 2018, intende attivare e/o implementare interventi organizzativi finalizzati a migliorare il clima aziendale, a partire dai risultati dell'indagine sul clima organizzativo svolta nel 2018, che verranno messi a disposizione.

#### **4.3.1 Benessere organizzativo**

Per dare impulso e per promuovere il benessere organizzativo, le aree di intervento su cui concentrare gli sforzi saranno:

- interventi di prevenzione dello stress lavoro correlato in collaborazione con il Medico Competente e le altre competenze professionali presenti in Agenzia;
- iniziative volte al miglioramento del benessere psico-fisico delle lavoratrici e dei lavoratori.

Allo stesso tempo si metteranno in atto iniziative volte a leggere la realtà aziendale e a promuovere le necessarie azioni di miglioramento in ambito di benessere organizzativo.

Sarà responsabilità dell'Agenzia anche sostenere il personale in fase avanzata della carriera, valorizzandone il bagaglio di esperienze e conoscenze per favorire la continuità delle attività; ATS opererà anche per creare condizioni di crescita professionale per il personale più giovane, che favoriscano la loro capacità di assorbire il prezioso *know how* presente oggi in azienda e allo stesso tempo permetta loro di contribuire con la freschezza che caratterizza i giovani, maggiormente dinamici e più ricettivi ai cambiamenti della società rispetto a chi ha un'esperienza lavorativa consolidata nella Pubblica Amministrazione. Sul versante più generale si intende collaborare con la Regione nella funzione di monitoraggio sulle politiche aziendali in materia, sul funzionamento del sistema ECM, sui contenuti e sui metodi presenti nei piani di formazione favorendo la messa in rete delle attività per consentire percorsi articolati e completi di sviluppo professionale.

#### **4.3.2 Promozione di politiche di conciliazione**

Le aree di intervento per la promozione e lo sviluppo di politiche di conciliazione vita e lavoro, di intesa con le OO.SS., saranno orientate a favorire misure di conciliazione vita lavorativa e vita privata attraverso l'attivazione di specifici

percorsi di azioni positive, la relativa verifica della fattibilità e la conseguente sperimentazione di ulteriori livelli di flessibilità d'orario a favore dei dipendenti in situazione di temporanea difficoltà di conciliazione; tali iniziative terranno in particolare riguardo i motivi di cura e salute dei dipendenti o famigliari, evitando disfunzioni o ricadute negative sull'organizzazione. Allo stesso modo, si esamineranno i risultati del primo periodo di sperimentazione dello *smartworking* per poterne valutare gli effetti e mettere a punto le condizioni per consolidare l'iniziativa.

Altro aspetto centrale sarà la sensibilizzazione sulla condivisione della cura dei figli: verranno promosse campagne informative interne sui diritti previsti dalla legge di congedo parentale anche per i padri e favorita l'attivazione di postazioni di teleconferenza.

#### **4.3.3 Apertura tavolo interno per WHP aziendale**

L'Agenzia implementerà le azioni inerenti al Programma WHP (*Workplace Health Promotion*, "Luogo di lavoro che Promuove Salute") all'interno dell'agenzia quali la costruzione del profilo di salute e l'approfondimento delle pratiche relative a diverse aree importanti per la persona: alimentazione, attività fisica, ad esempio gruppi di cammino, fumo di tabacco, dipendenze, conciliazione vita - lavoro e benessere. Sarà realizzata una pianificazione annuale delle pratiche a cui seguirà una rendicontazione finale, con diffusione nell'intera Agenzia.

Inoltre, il citato Organismo Paritetico per l'Innovazione consentirà di attivare stabili relazioni aperte e collaborative su progetti di organizzazione ed innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo, anche con riferimento alle politiche e ai piani di formazione, al lavoro agile, all'utilizzo delle tecnologie per il miglioramento delle attività lavorative (funzioni ispettive) e per lo svolgimento di riunioni e incontri (ad esempio teleconferenza, skype) e alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

#### **4.3.4 Sedi istituzionali**

Entro l'estate del 2020 verrà completata la ristrutturazione delle sedi di Via Conca del Naviglio 45 e di Corso Italia 52, che ospiteranno i servizi oggi presenti nella sede centrale di Corso Italia 19. A lato di questo intervento, proseguirà in tutte le sedi il percorso già intrapreso di razionalizzazione degli spazi. L'Agenzia continuerà ad operare sul patrimonio aziendale in uso secondo alcuni criteri definiti, di seguito sinteticamente descritti:

- conclusione del percorso di dismissione di tutte le locazioni passive,
- riduzione del numero di sedi attraverso l'accorpamento dei servizi, tenendo conto sia delle esigenze dell'utenza che delle implicazioni che possono riflettersi sul personale interessato,
- riduzione delle sedi condivise con altri enti (ad esempio ASST), salvo le situazioni in cui la condivisione degli spazi si riveli funzionale al raggiungimento degli obiettivi dell'Agenzia,
- recupero ed utilizzo del patrimonio di proprietà da reddito per attività istituzionali (ad esempio allocazione di postazioni di Continuità Assistenziale).

Il percorso di razionalizzazione non è volto unicamente alla riduzione dei costi di gestione, ma anche ad individuare scelte organizzative che favoriscano l'efficientamento del sistema ed il recupero, attraverso la riqualificazione di sedi e quindi di postazioni di lavoro, di spazi adeguati che possano contribuire al miglioramento delle condizioni di lavoro.