

# TEMPI

SANITÀ LOMBARDIA



## NUOVO WELFARE CI SIAMO

LA REGIONE DI MARONI METTE MANO AL SUO  
SISTEMA SOCIOSANITARIO PER AFFRONTARE  
LE SFIDE DEI PROSSIMI DECENNI.  
L'IMPRESA DI MIGLIORARE UN'ECCELLENZA

SPONSORED BY

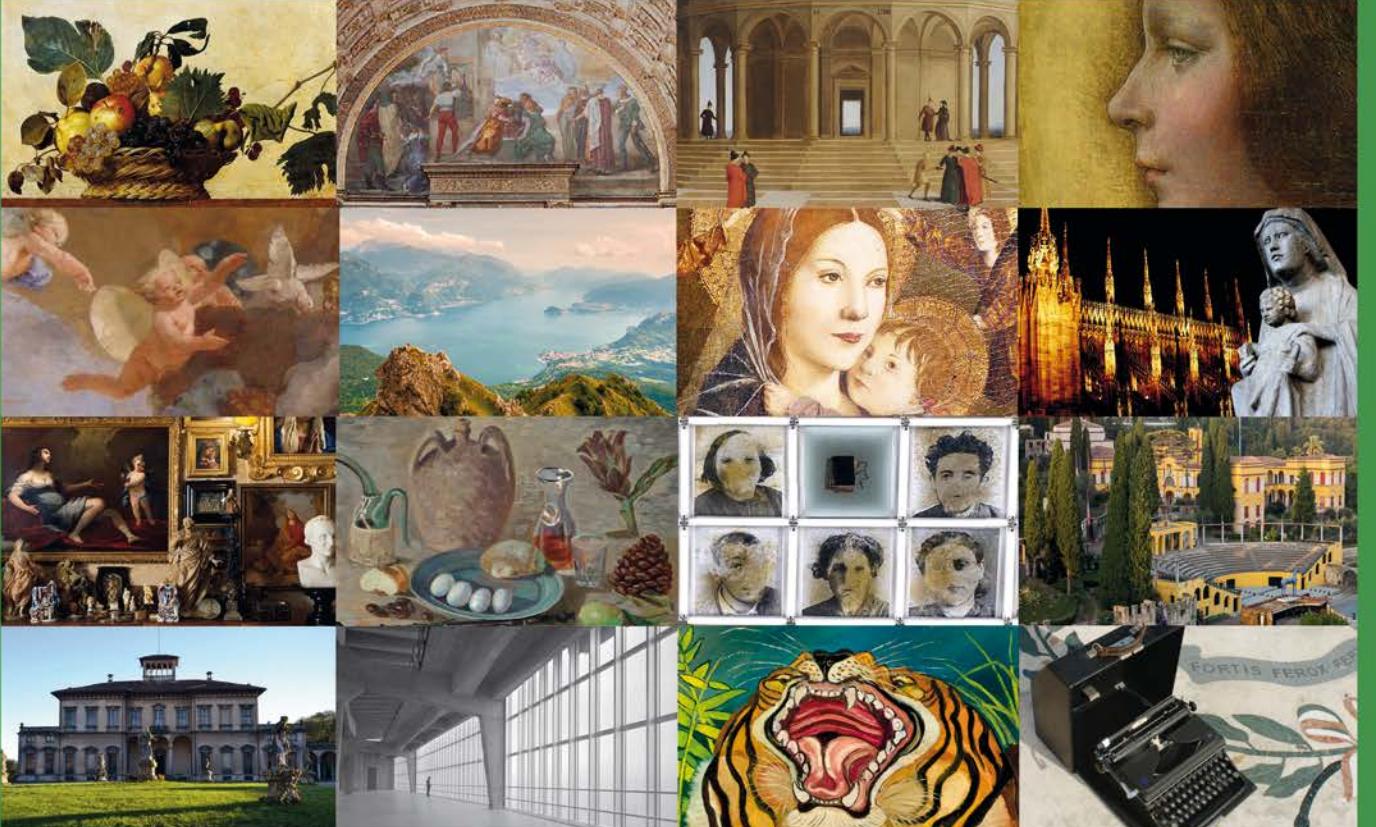


# EXPO

MILANO 2015 LOMBARDIA

## Belle Arti

A CURA DI VITTORIO SGARBI



La Bella Principessa di Leonardo alla Villa Reale di Monza, il Museo della Follia a Palazzo della Ragione a Mantova, il Trittico di Antonello da Messina ricomposto al Museo Bagatti Valsecchi di Milano, Nicola e Giovanni Pisano le origini della scultura moderna in Chiesa S. Gottardo in Corte a Milano sono solo alcune delle mostre del progetto Expo Belle Arti che Regione Lombardia ha realizzato per promuovere il territorio e le bellezze lombarde.

Visita il sito [www.exopbellarte.regione.lombardia.it](http://www.exopbellarte.regione.lombardia.it) e scopri tutti i padiglioni e gli itinerari del progetto Expo Belle Arti a cura di Vittorio Sgarbi.

**TEMPI**

Reg. del Trib. di Milano n. 332 dell'11/06/1994 settimanale di cronaca, giudizio, libera circolazione di idee Suplemento ai Tempi - Anno 20 N. 37 dal 10 al 16 settembre Finito di stampare nel mese di agosto 2015

**DIRETTORE RESPONSABILE**  
LUIGI AMICONE

**A CURA DI**  
Caterina Giojelli  
Chiara Rizzo

**PUBBLICITÀ**  
Davide Scali

**PROGETTO GRAFICO**  
Matteo Cattaneo

**IN COPERTINA**  
foto Ansa

**FOTOLITO E STAMPA**  
Reggiani spa

via Alighieri 50, 21010 Brezzo di Bedero (Va)  
**GESTIONE ABBONAMENTI**

Tempi, Via F. Confalonieri, 38 - 20124 Milano, tel. 02/31923730, abbonamenti@tempi.it

**EDITORE**  
Vita Nuova Società Cooperativa  
Via F. Confalonieri, 38 - 20124 Milano  
La festata fruisce dei contributi statali diretti di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 260

**SEDE REDAZIONE**  
Via F. Confalonieri, 38 - 20124 Milano, tel. 02/31923727, redazione@tempi.it

**CONCESSIONARIA PER LA PUBBLICITÀ**  
Editoriale Tempi Duri Srl

**4**

L'evoluzione del sistema sociosanitario lombardo. Le ambizioni di una legge fondata su solidi principi

**16****Il valore dell'efficienza**

Appropriatezza dei ricoveri, delle visite e delle cure offerte. È la risposta della Regione ai "tagli" di governo e ai nuovi bisogni



Con il contributo  
non condizionato di:

**20****I protagonisti del territorio**

La riforma vista dai privati, dalle associazioni di categoria e dalle aziende che offrono servizi tecnologici

**28****Innovazione continua**

Dal centro di ricerca all'industria farmaceutica e biotecnologica, la valorizzazione di una filiera che primeggia in Italia e in Europa

| DI ROBERTO MARONI\*

# PER LA SANITÀ DEL FUTURO CI METTO LA FACCIA

«NON SNATUREREMO L'ESSENZA LOMBARDA. IL NUOVO SISTEMA PREVEDE SÌ UNA RIVOLUZIONE, MA CULTURALE: È QUELLO CHE GLI ESPERTI EUROPEI TEORIZZANO NEL PASSAGGIO DAL "TO CURE" AL "TO CARE"»

**D**A QUANDO HO DECISO PUBBLICAMENTE di impegnarmi sul fronte della sanità lombarda mi è stato chiesto mille volte: perché modificare qualcosa che funziona? Oppure, dalle voci dei detrattori della legislatura precedente: perché annunciare una riforma quando ci si vuole limitare a ricalcare il vecchio? Il punto è che la società sta cambiando, rispondo io una volta per tutte, e questa è la Lombardia dell'innovazione e dell'efficienza, non una pagina del Gattopardo: mi sono impegnato in prima persona per una modifica della Legge sulla sanità a misura del prossimo futuro, e questo è quanto avranno i cittadini lombardi. Ma quello che serve alla Lombardia non è certo la cancellazione di un sistema che funziona a causa di un pericoloso pregiudizio ideologico, e non avrebbe avuto senso progettare una rivoluzione che stravolgesse i principi che sinora si sono rivelati meritevoli di un giudizio positivo sia da parte delle istituzioni nazionali sia soprattutto da parte degli organismi internazionali. La sanità lombarda funziona, è un fatto: i nostri conti sono in attivo, i cittadini delle altre Regioni vengono a farsi visitare e curare nelle nostre strutture, i nostri indicatori sono eccellenti secondo tutti i parametri di analisi sanitaria. Basti pensare che quando Obama si mise a lavorare sulla sua ormai storica riforma sanitaria, nel 2010, il *Wall Street Journal* gli propose di studiare il modello lombardo, virtuoso mix di pubblico e privato: «Quando la Lombardia mise in competizione gli ospedali privati con quelli pubblici - scrissero - la qualità delle cure crebbe incredibilmente».

Ma il governo della Sanità deve saper essere

attento ai cambiamenti in atto nella società e, ancor più, deve saper essere lungimirante e strategico: la composizione della nostra popolazione sta mutando e occorre adeguarsi per non farsi trovare impreparati. Già nel 2030 avremo 3 milioni di lombardi con più di 65 anni, di cui un milione di ultraottantenni. Dal punto di vista clinico e sanitario le ricadute sono enormi ma già individuabili: aumenterà il numero dei malati cronici e dei soggetti non autosufficienti in età molto avanzata. Anche i bisogni saranno diversi: prossimità dei centri di cura sul territorio, continuità assistenziale, assistenza a domicilio. Il nostro testo ha quindi l'ambizione di anticipare il futuro, iniziando dall'integrazione del sanitario con il sociosanitario (compreso l'accorpamento degli attuali due assessorati, Salute e Famiglia, per un'unica regia del Welfare), dell'ospedaliero con l'assistenza sul territorio ai malati cronici e ai pazienti post-degenza. Per questo dall'inizio parlo di "sviluppo" ed "evoluzione" del sistema. Ma nulla di tutto ciò ha a che vedere con la necessità di fare cassa - inesistente - né tantomeno con la volontà di chiudere i piccoli ospedali, se efficienti e indispensabili per la realtà in cui operano: questa evoluzione del sistema sanitario regionale usa la riorganizzazione, la razionalizzazione e l'appropriatezza per offrire il migliore dei servizi possibili anche in tempo di pesanti tagli da Roma.

Ci vogliamo mettere la faccia e quindi interverremo su Asl e ospedali, ma nessuno potrebbe pensare di snaturare l'essenza lombarda, fatta di competizione, di privato d'eccellenza, di libera scelta, di famiglie e di no profit. Per questo motivo valorizzia-



**«LA NOSTRA SANITÀ FUNZIONA, È UN FATTO. QUANDO OBAMA INIZIÒ A LAVORARE ALLA SUA RIFORMA IL WSJ GLI PROPOSE DI STUDIARE IL MODELLO LOMBARDO. MA IL GOVERNO DELLA SANITÀ DEVE ESSERE LUNGIMIRANTE»**

mo il pubblico senza penalizzare la risorsa importante del privato e tantomeno il Terzo settore, affinché l'unico vero vantaggio sia per i cittadini. Abbiamo salvaguardato le peculiarità lombarde e non ci siamo spostati di una virgola dal principio di garantire a tutti la possibilità di scegliere liberamente, con i propri cari e l'aiuto di esperti, il miglior percorso di cura secondo le proprie esigenze e i propri desideri. Senza che siano i costi a determinare le decisioni dei cittadini in materia di salute e, di conseguenza, a creare gravi discriminazioni. Questo sistema prevede sì una rivoluzione, ma culturale: è quello che i maggiori esperti europei teorizzano nel passaggio dal "to cure" al "to care", dalla cura al prendersi cura. Se ci si prende cura di un cittadino nel suo insieme, dalla prevenzione ai controlli e terapie per i disturbi cronici, senza limitarsi a intervenire massicciamente in caso di urgenze, ne guadagna la salute della persona, accompagnata in ogni fase della sua vita, e anche la sanità pubblica. Una riorganizzazione, che consenta da un lato di segui-

re meglio le necessità del cittadino e dall'altro che sia orientata sempre più all'appropriatezza e all'efficienza, consente notevol-

li risparmi. Attraverso il dimezzamento delle Asl, un nuovo assetto sul territorio e la centralizzazione degli acquisti, le nostre stime parlano in via prudenziale, a regime, di 300 milioni l'anno da reimmettere nel sistema per consentire altre manovre a favore dei cittadini. Come, ad esempio, un'ulteriore riduzione dei ticket, che annunceremo in autunno, insieme con un pacchetto più ampio di iniziative a favore delle fragilità sociali.

Abbiamo sempre fatto bene, ma continueremo facendo meglio: perché la riduzione delle già esigue risorse che lo Stato ci rende perché siano destinate alla sanità non debba pesare su una popolazione di contribuenti che sta invecchiando e merita di poterlo fare in serenità e senza che le famiglie si sentano abbandonate. Non mi interessano le schermaglie dialettiche o gli scontri pretestuosi, quanto invece ci tengo a valorizzare i contributi intelligenti di qualunque colore, perché come Regione quello che vogliamo fare è la nostra parte per il futuro.

\*presidente Regione Lombardia

# UNA LEGGE DALLE GRANDI AMBIZIONI

RAPPRESENTARE LA PRIMA REGIONE EUROPEA PER RISULTATO E QUALITÀ: È L'OBBIETTIVO DI UNA ISTITUZIONE PRONTA A METTERE MANO AL SUO GIÀ ECCELLENTE SISTEMA SOCIOSANITARIO PER RISPONDERE A CAMBIAMENTI STRUTTURALI EPOCALI

«Già al 2030 la componente anziana lombarda inciderà significativamente sulla composizione della popolazione. Il 2030 sarà anche l'anno in cui il numero degli ultraottantenni egualerà il milione di bambini con meno di 10 anni e il milione di ragazzi tra i 10 e i 20 anni. Avremo 3 milioni di lombardi con più di 65 anni, di cui un milione con più di 80; tre ultrasessantacinquenni ogni due giovani sotto i vent'anni» (Libro Bianco sullo sviluppo sociosanitario in Lombardia, giugno 2014)

IL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO è da anni un'eccellenza riconosciuta a livello internazionale. Di recente, la Lombardia ha trovato una significativa menzione nel rapporto dell'Oms sull'accesso a nuove medicine in Europa del marzo 2015, dove si dice testualmente «tra i primi positivi tentativi di un approccio di analisi decisionale a criteri multipli in sanità c'è il processo di Health Technology Assessment della Regione italiana Lombardia». E questo solo nell'ambito del tema generale dell'innovazione e della sostenibilità. Quanto a tutto il resto, la legge 31/1997, ispirandosi al principio della libera scelta da parte delle persone e delle famiglie, ad una separazione di competenze tra Ente programmatore e controllore (Asl) ed erogatore di prestazioni (Ao), oltretutto alla parità tra soggetti di diritto pubblico e privato (accreditati secondo precisi criteri strutturali e qualitativi) nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, ha fatto della Lombardia un modello di efficienza tout court nella gestione delle risorse,

nella qualità delle cure offerte, nella prestazione dei servizi.

Qui, dove i conti sono in ordine e i cittadini di tutta Italia scelgono di farsi curare, sono venuti a prestare la propria opera intellettuale e professionale cervelli scientifici fra i migliori al mondo. Qui, dove si sconta da sempre un sottodimensionamento del finanziamento procapite rispetto alla media nazionale, è stato possibile garantire un rapporto costi/benefici tra i più bassi al mondo (rapporto spesa sanitaria/Pil del 5 per cento contro una media del 7 per cento nazionale), competendo con i più elevati standard di qualità ed efficienza. E qui, a 18 anni dalla "buona legge" 31, si è accettata la sfida di pensare a una legge ancora migliore, al passo con i tempi e con i profondi cambiamenti dei bisogni della persona e la differente strutturazione sociale e della famiglia; una legge che raccogliesse i contributi di tutti i portatori di interesse e di una commissione di 12 "saggi" guidati dal professor Umberto Veronesi. Una legge che superasse (a partire dal titolo stesso) la netta divisione tra politiche sanitarie e politiche socio-sanitarie per fare confluire risorse, energie e competenze professionali in unico sistema, coordinato da un'unica regia e deputato alla presa in carico dei bisogni complessivi delle persone, delle famiglie e dei soggetti più fragili.

Una coraggiosa evoluzione, dunque, e un nuovo punto di vista: passare definitivamente dal "to cure" al "to care" e ambire così a rappresentare la prima regione europea per risultato e qualità. Non è sta-

Foto: Ansa



►to facile, l'ostruzionismo dell'opposizione (Pd, Patto civico e 5Stelle) al testo, che aveva trovato una maggioranza compatta in Commissione, ha trasformato la discussione in Consiglio in una vera battaglia con oltre 21 mila tra emendamenti e odg. Finché, la notte tra il 5 e il 6 agosto, dopo cinque sedute, con 46 voti favorevoli e 28 contrari, il Consiglio regionale della Lombardia ha approvato la prima parte della riforma della sanità – un secondo provvedimento legislativo che riguarda contenuti tecnici (prevenzione, salute mentale, malattie rare, veterinaria e rapporti con le Università) verrà affrontato in autunno. Ed ecco quali sono i suoi capitoli più importanti, cosa cambia e cosa non cambia, per i cittadini.

**SALDI PRINCIPI.** Vengono rafforzati i capisaldi della legge 31 (rispetto della dignità della persona, centralità della famiglia, equità di accesso e libera scelta delle strutture, completa parità di diritti e doveri tra soggetti pubblici e privati, separazione delle competenze tra programmazione ed erogazione servizi) conformando l'azione del Servizio sanitario lombardo (Ssl) alla promozione dell'appropriatezza clinica ed economica, della sussidiarietà orizzontale, della valorizzazione del volontariato e del no profit, della continuità terapeutica e assistenziale, attraverso l'implementazione della rete sanitaria e sociosanitaria ospedaliera e territoriale; dell'incentivazione all'attività di ricerca, sperimentazione e innovazione biomedica e sanitaria e collaborazione con le università; della valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.

**NUOVE AGENZIE.** Le attuali 15 Asl vengono sostituite da 8 Agenzie di tutela della salute (Ats), che non si occupano più direttamente di erogare prestazioni, bensì di attuare la programmazione definita dal-

## 27 ASST

Vengono istituite 27 nuove Aziende socio-sanitarie territoriali (Asst) concentrando sotto lo stesso capello cure ospedaliere e territoriali. Delle attuali 29 Ao si mantengono quelle con un numero di posti letto accreditati uguale o superiore a 1.000

## 8 ATS

Le attuali 15 Asl vengono sostituite da 8 Agenzie di tutela della salute (Ats), che non si occupano più direttamente di erogare prestazioni

## 30 MILA

Vengono esentate dal pagamento della sovrattassa sulle prestazioni mediche le famiglie con un reddito inferiore a 30 mila euro (prima il limite era 18 mila)

ria, al fine di garantire le migliori performance di cura e di processo per la competizione in ambito sanitario mondiale.

**DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO.** L'obiettivo della riforma è spostare l'asse di cura, oggi fortemente sbilanciato sull'ospedale,

la Regione nel territorio di propria competenza, assicurare i Lea, stipulare contratti con tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, accreditati, riscuotere i ticket sulle prestazioni: nascono così le Ats Insubria (Varese e Como), Brianza (Monza e Lecco), Bergamo, Brescia, Pavia, Val Padana (Cremona e Mantova), Città Metropolitana (Milano e Lodi) e Montagna (Sondrio, Valtellina e Valcamonica).

Vengono istituite un'Agenzia di vigilanza e controllo e un'Agenzia per la promozione del Ssl. L'agenzia di controllo è un organismo tecnico-scientifico, terzo e indipendente dalle funzioni di governo, di programmazione e di acquisto, con un direttore nominato dal governatore e un comitato di direzione composto da tre persone indicate delle minoranze con il compito di fornire alla Giunta indicazioni affinché esegua il monitoraggio delle Ats, rispetto alla capacità del sistema di produrre risposte efficaci alle persone e alle loro famiglie; controllare che le procedure di acquisto, effettuate dall'Agenzia regionale centrali acquisti (Arca) siano conformi ai principi di buon andamento, imparzialità, economicità e appropriatezza. L'Agenzia per la promozione del Ssl si occupa di promuovere il sistema a livello nazionale e internazionale, reperire adeguate risorse finalizzate a sostenere l'innovazione e la ricerca, anche provenienti da prestazioni erogate a cittadini beneficiari di fondi integrativi, mutue e prestazioni in solvenza; istuisce inoltre l'Osservatorio delle best practice cliniche e dell'ottimizzazione dei processi aziendali e analizza i flussi globali della mobilità sanitaria, al fine di garantire le migliori performance di cura e di processo per la competizione in ambito sanitario mondiale.

**DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO.** L'obiettivo della riforma è spostare l'asse di cura, oggi fortemente sbilanciato sull'ospedale,

verso le strutture territoriali. Delle attuali 29 Aziende ospedaliere (Ao) vengono mantenute solo quelle dotate di un numero di posti letto accreditati uguale o superiore a mille all'interno di uno dei suoi presidi. Parallelamente vengono istituite 27 Aziende sociosanitarie territoriali (Asst) concentrando sotto lo stesso cappello cure ospedaliere e territoriali che fino ad oggi erano erogate separatamente da Ao e Asl, a garanzia e valorizzazione del pluralismo socio-economico. Ogni Asst ha un direttore generale unico ma si articola in due strutture distinte, un settore ospedaliero, affidato a un direttore sanitario, e un settore territoriale, affidato a un direttore socio-sanitario. Al settore ospedaliero afferiscono i presidi ospedalieri, organizzati in diversi livelli di intensità di cura, prevalentemente dedicati al trattamento del paziente complesso e sedi dell'offerta sanitaria specialistica e superspecialistica. Il settore territoriale eroga invece prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, le cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali. A questo settore afferiscono, gestiti direttamente dalla Asst o in convenzione con essa: i Presidi ospedalieri territoriali (Pot), strutture multiservizio deputate all'erogazione di prestazioni sanitarie di ricovero ospedaliero a media e bassa intensità per acuti e cronici, oltre che di prestazioni sociosanitarie e ambulatoriali; e i Presidi sociosanitari territoriali (Presst), deputati all'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari, con eventuale degenza limitata alla bassa intensità di cure intermedie subacute, postacute e riabilitative. È prevista inoltre la nascita di un maxi-polo pediatrico nella città di Milano.

**MODELLO DI ASSISTENZA.** L'assistenza primaria viene erogata, garantendo accesso diretto e immediato, dai Medici di medicina generale (Mmg), dai Pediatri di libera scelta (Pls) e dai Medici di continuità assistenziale (Mca), al domicilio del paziente e negli studi dei Mmg e dei Pls, all'interno dei quali deve essere incentivata la presenza di personale di studio e di infermieri. Gli studi dei Mmg possono inoltre accreditarsi per erogare prestazioni strumentali di primo livello, anche attraverso il ricorso a sistemi di telemedicina, o altre

Foto: Ansa



## SI RAFFORZANO I CAPISALDI DELLA LEGGE 31 COME IL RISPETTO DELLA DIGNITÀ DELLA PERSONA, LA CENTRALITÀ DELLA FAMIGLIA, LA LIBERA SCELTA DELLE STRUTTURE

solutions tecnologicamente avanzate, e possono essere sede di attività specialistiche ambulatoriali compatibili con le caratteristiche strutturali e organizzative. L'assistenza primaria così concepita introduce la nuova figura dell'infermiere di famiglia, assicura un accesso appropriato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie attraverso la personalizzazione del percorso assistenziale, il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti e l'interazione con le cure di altre specialità. Tra le forme organizzative dell'assistenza sanitaria primaria rientrano le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) di Mmg e di Pls e le Unità complesse di cure primarie (Uccp). Nell'ambito della presa in carico del bisogno della persona e della garanzia di continuità assistenziale vengono definite e classificate le malattie croniche e le nuove fragilità, e introdotta la tariffa di presa in carico.

**UN MAXI-ASSESSORATO.** Il presidente della Regione ha istituito l'assessorato al Welfare, che riassume le deleghe rispettivamente dell'assessorato alla Salute e dell'assessorato alla Famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità.

**ADDIO SUPERTICKET.** Il pagamento della sovrattassa sulle prestazioni mediche non è più vincolato alla natura delle prestazioni ma al reddito del paziente. Vengono esentate dal pagamento le famiglie con un reddito inferiore a 30 mila euro (prima il limite era 18 mila).

## POST-IT

# Un'evoluzione coraggiosa e necessaria

gn dei cittadini e di integrare sociale-sanità. Peraltro è proprio questo ultimo punto quello più caratterizzante la legge: cercare di integrare due settori al fine di sviluppare in modo più appropriato le esigenze dei territori. A tal fine è stato anche istituito l'assessorato unico al Welfare, accorpamento dei due esistenti sociale e sanità. Verranno potenziati altresì i controlli al sistema istituendo un'Agenzia di controllo, coinvolti maggiormente i sindaci e le parti sociali, sviluppate le reti di patologia e sul territorio il potenziamento della rete di assistenza territoriale con i Medici di medicina generale con l'intento di fornire assistenza sempre più efficace h. 24. Un nuovo ruolo per le Rsa, la creazione dei Pot (Presidi ospedalieri territoriali), le farmacie di servizio, implementazione della telemedicina e dei percorsi di rete di terapia. Infine la rimodulazione dei ticket: aiutare chi non ce la fa nell'intento progressivo di abolirli. Molte altre cose sono contenute nella legge e i prossimi articoli meglio la spiegheranno ma questi sono a mio parere i punti essenziali, quelli più innovativi e qualificanti.

**Stefano Carugo**  
Consigliere Regione  
Lombardia  
Commissione Sanità





# UNA REGIONE IN BUONA SALUTE

140 MILA OPERATORI SANITARI, 220 PRESIDI OSPEDALIERI, 3 MILA FARMACIE, 2.600 STRUTTURE CONVENZIONATE, 7 FACOLTÀ, 19 IRCCS, OLTRE 30 CENTRI DI RICERCA. L'ASSESSORE MANTOVANI RACCONTA UN MODELLO CHE HA NUMERI, STORIE E PERSONE, PER DIVENTARE ANCORA PIÙ COMPETITIVO

**M**A DI COSA PARLIAMO quando parliamo di sanità lombarda? «Di efficienza, efficacia, capacità di reagire alle situazioni più critiche. Ma anche di emozioni, umanità e speranza». L'assessore alla Salute Mario Mantovani lo va ripetendo da quando, nel 2013, ha assunto la responsabilità politica ed amministrativa della sanità lombarda: non di soli numeri, bensì di storie, eventi e persone si nutre il modello sanitario lombardo, «un modello di eccellenza per tutti. Con la Legge Regionale del 1997 furono stabiliti criteri nuovi: l'applicazione di requisiti stringenti per garantire cure efficaci e tariffe adeguate, lasciando l'erogazione dei servizi a chi fosse in grado di offrire servizi migliori, senza distinzione tra pubblico e convenzionato e la garanzia di libertà di scelta per il cittadino». In termini di numeri, «l'odierna qualità nasce da qui: 140 mila operatori sanitari, di cui 8.100 Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta; 220 presidi ospedalieri; 3 mila farmacie; 2.600 strutture ambulatoriali convenzionate; 1,7 milioni di ricoveri; 160 milioni di prestazioni ambulatoriali; 60 milioni di ricette farmaceutiche che ogni anno vengono fornite; 7 facoltà di Medicina e Chirurgia, alcune in lingua inglese; 19 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico; 100 aziende farmaceutiche e oltre 30 Centri di ricerca aziendale che ne fanno la prima regione farmaceutica. Numeri che spingono i cittadini non lombardi a venire a farsi curare da noi: il 10 per cento delle prestazioni, infatti, sono erogate a favore di cittadini di altre regioni».

Un sistema efficiente e che costa poco, ricorda ancora l'assessore, «pensiamo che mediamente la spesa sanitaria in Italia rispetto al Pil si aggira intorno al 7 per cento; in Lombardia tale percentuale scende al 5,5 per cento. Anche l'Organizzazione mondiale della sanità, quest'anno nella relazione del marzo 2015, ha inserito proprio il sistema sanitario lombardo fra i migliori al mondo».

**A quale immagine, esperienza o evento particolare si è trovate a ricorrere più spesso per raccontare cosa significa aver cura del cittadino-paziente per il suo assessorato?**

Racconto sempre un fatto bellissimo: un bambino salvato qualche mese fa a Pozzo d'Adda; una mamma, alle 7.30 di mattina corre in bagno e lì, a 24 settimane di gravidanza, ha le doglie e partorisce; il papà chiama il 118 e riceve la risposta di un operatore che passa la telefonata ad un medico che subito spiega cosa fare in quel momento. Il bambino infat-

MARIO MANTOVANI

«200 milioni per la ricerca, oltre 870 per l'ammodernamento degli ospedali, 3.500 persone assunte o stabilizzate»: il vicepresidente e assessore alla Salute di Regione Lombardia spiega alcune azioni che hanno preparato la strada alla "riforma"



**«SONO ANDATO A TROVARE IL PICCOLINO SALVATO A POZZO D'ADDÀ. ANCHE QUESTA È LA SANITÀ LOMBARDA: EFFICIENZA, EFFICACIA, CAPACITÀ DI REAGIRE ALLE SITUAZIONI CRITICHE. ED EMOZIONI, UMANITÀ, SPERANZA»**

ti è nato, ma il cuore non batte; viene dunque spiegato come procedere con il massaggio cardiaco: due dita su quel piccolo corpicino... Il neonato però continua la sua battaglia e viene poi trasportato in elicottero in ospedale. Quello stesso pomeriggio sono andato a salutare il piccolino che sgambettava nella culla a Lecco. Questa è la sanità lombarda: efficienza, efficacia, capacità di reagire alle situazioni più critiche. Ed emozioni, umanità e speranza.

**Qual è il bilancio del suo assessorato alla vigilia della riforma, quali azioni, iniziative hanno a suo parere preparato i cittadini e l'istituzione stessa ad una evoluzione del sistema sociosanitario lombardo?**

A metà mandato posso esprimere soddisfazione: ottimizzazione dei punti nascita, maggiore appropriatezza nel-

le prescrizioni, più cure sul territorio e meno negli ospedali con la prosecuzione dei Creg e l'avvio dei Presidi ospedalieri territoriali in tutte le province lombarde, aggregazione degli acquisti attraverso consorzi tra aziende, misure di trasparenza in ogni settore, 200 milioni a sostegno della ricerca, oltre 870 milioni investiti per l'ammodernamento dei nostri ospedali, 3.500 persone assunte o stabilizzate, 103 borse aggiuntive per giovani medici nelle nostre università. Queste sono alcune delle tante misure realizzate in questi anni. La riforma dunque sarà la cornice normativa di un percorso di innovazione e cambiamento già avviato da questo Assessorato nel governo del sistema.

**Quali saranno i benefici immediati per l'utente una volta approvata la legge?**

A quasi vent'anni di distanza dall'ultima riforma i sistemi sanitari dei paesi

occidentali si trovano ad affrontare una nuova sfida. L'attuale modello di assistenza necessita di un aggiornamento a fronte dell'aumento esponenziale di soggetti affetti da crescenti patologie croniche. Oltre il 70 per cento della spesa sanitaria regionale è già oggi rivolto a circa il 30 per cento della popolazione e nel 2030 sono previsti 3.000.000 di cittadini over 65 di cui 1.000.000 over 80. Servono dunque nuovi modelli di assistenza che sappiano prendersi cura dei pazienti, oltre che della loro patologia. Questo è e sarà il principale obiettivo della riforma: una nuova integrazione tra ospedale e territorio per curare di più i lombardi a casa propria.

**Possiamo parlare di una nuova filosofia alla base del rapporto tra istituzione e cittadino? Credete che questa riforma possa "fare scuola" ancora una volta, avere implicazioni oltre il territorio e**



#### **l'ambito prettamente "sanitario"?**

Partire dal bisogno, concentrarsi sul concetto di prendersi cura, significa guardare prima alla persona, poi alla cura medica specifica. Senza dimenticare la necessità di avanzamento, innovazione, tecnologia e ricerca. Riformare o riorganizzare il sistema sanitario per noi significa capire di cosa hanno bisogno i cittadini e far in modo di soddisfare la richiesta. È dunque un metodo che farà scuola, perché parte dal centro del nostro interesse amministrativo – il cittadino – per arrivare a definire la migliore forma di assistenza e cura, quindi il miglior soddisfacimento della domanda di salute.

**Quali sono i criteri che troveranno applicazione concreta per recuperare valore e qualità nel sistema?**

Assoluta garanzia di libertà di scelta per il cittadino, assoluta parità di diritti

e doveri tra pubblico e convenzionato, applicazione di una reale sussidiarietà a tutti i livelli. Questi principi consentiranno di definire e consolidare un nuovo sistema capace di affrontare, con rinnovata qualità, le attese di salute dei lombardi per i prossimi 20 anni.

**La riforma non punta al risparmio ma al miglioramento del servizio. Una riduzione dei costi, una volta che andrà a regime, è comunque prevista: quali sono le stime?**

Regione Lombardia è perfettamente in grado di garantire efficienza e mettere risorse nel sistema, senza dover necessariamente tagliare, a differenza di ciò che abitualmente il Governo propone e realizza. Noi comunque vogliamo rendere il sistema ancora più efficiente e questo porterà ad un risparmio.

**Con la nuova legge debutterà anche**

#### **un'Agenzia di controllo del sistema: con quali compiti?**

L'Agenzia di Controllo è un organismo tecnico-scientifico, terzo ed indipendente dalle funzioni di governo, che avrà il compito di valutare il livello di efficacia ed efficienza dei controlli aziendali, elaborando dati ed indicatori utili a supporto della programmazione da parte della Giunta. Peraltro in questi due anni, come direzione generale salute, abbiamo anche in questo settore già messo in campo strumenti innovativi: l'avvio della commissione per le tecnologie sanitarie, la continua collaborazione con gli uffici giuridici regionali per supportare i nostri atti e le nostre delibere nella ricerca di rigore e legalità; le politiche di controllo e gestione dei bilanci delle aziende sanitarie. La riforma considererà dunque un percorso già da noi tracciato.

**D**ICIASCI ANNI DOPO l'approvazione del sistema sanitario lombardo, istituito con la Legge 31/97, la Lombardia ha avviato una profonda manutenzione normativa: fatti salvi i cardini di un sistema da più parti riconosciuto come uno dei modelli più validi a livello europeo, la revisione intrapresa punta ad adeguare la legge al cambiamento dei tempi a partire dal titolo stesso: «Oggi si parla di sistema sociosanitario e non più solamente sanitario», spiega Fabio Rizzi, presidente della Commissione regionale Sanità e Politiche sociali, «scindere le due tematiche infatti non è più possibile, fondamentalmente perché sempre più dobbiamo far fronte all'incremento dell'invecchiamento e delle fragilità, soprattutto sociali; situazioni che non possono essere affrontate a compartimenti stagni e che rendono indispensabile per l'istituzione saper dare risposte ai bisogni globali del cittadino, attraverso la strutturazione di una rete unica ospedaliero-territoriale e sanitaria-sociosanitaria».

Per questo la riforma ha introdotto l'istituzione di un unico assessorato regionale al Welfare, che fonderà le attuali deleghe alla Salute e alla Famiglia e Solidarietà sociale. «L'idea muove e rafforza tutte le considerazioni alla base della riforma stessa: il confine tra sanità e sociale non è più identificabile, in ragione del fatto che le due tematiche sono sempre più intersecate ed è necessario che la programmazione e la gestione sia realizzata unitariamente. Le due linee -, prosegue Rizzi - non possono più essere parallele, devono intersecarsi, come intersecati sono i bisogni reali dei cittadini».

Nel ripensare unitariamente le competenze relative alla salute e al socio-sanitario, la Lombardia, aggiunge Rizzi, ha guardato a diverse esperienze internazionali, in particolare «al modello israeliano per l'integrazione ospedaliero-territoriale, mentre il concetto di welfare integrato, che prende realmente in carico il bisogno della persona a 360 gradi, è una progettualità tutta lombarda, che andrà ad intersecarsi anche con quella del reddito d'autonomia». La Regione ha annunciato infatti che dal 1° ottobre partirà la sperimentazione del reddito di autonomia per tutto il 2015 e tutto il 2016, che costerà circa 250 milioni di euro e che prevede un insieme di misure per le politiche attive, come inteventi per il ricollocamento sul mercato del lavoro a chi beneficerà del reddito di autonomia, o corsi di formazione. Un'altra nuova e inte-

IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE

## «SANITÀ E SOCIALE AVRANNO PRESTO UN'UNICA REGIA»



FABIO RIZZI

«IL WELFARE INTEGRATO È UNA PROGETTUALITÀ TUTTA LOMBARDA, CHE ANDRÀ AD INTERSECARSI ANCHE CON QUELLA DEL REDDITO D'AUTONOMIA»



Foto: Ansa

ressante misura tra il welfare e la sanità è l'esenzione dal pagamento del ticket per le famiglie con redditi inferiori ai 30 mila euro votata lo scorso luglio. Tra le altre novità della riforma, infine, quelle che andranno a concretizzare il passaggio dal "to cure" al "to care" (che investe i sistemi più evoluti, sia dal punto di vista medico sia soprattutto da quello antropologico) c'è la «realizzazione di un budget di cura che comprenda le prestazioni di cui il paziente, soprattutto cronico, ha realmente bisogno, secondo percorsi diagnostico-terapeutici certificati e che superino la visione delle prestazioni sanitarie come un insieme di singole procedure, ma che creino un percorso virtuoso che salvaguardi la salute, prima ancora di curare la malattia».

**C**AMBIERÀ IL MODO DI ESSERE curati per ognuno di noi, in base al territorio in cui si vive e anche al di fuori dei grandi centri: ne è sicuro Angelo Capelli, consigliere regionale e vicepresidente della Commissione Sanità, che del disegno di legge di riforma della sanità è primo firmatario.

**Quali erano con la legge 31 le caratteristiche principali dell'organizzazione della sanità lombarda nei piccoli centri?**

La rete ospedaliera nata con la legge 31 ha cercato di garantire servizi accessibili a tutti e disponibili sul territorio in modo adeguato. Tuttavia, occorre che anche i servizi territoriali extra ospedalieri siano i più efficienti ed efficaci possibile, cioè appropriati. E questo sia per quelli specialistici e relativi alla fase acuta di una patologia, servizi per loro natura dislocati per lo più nelle città, sia per quelli a minore specializzazione, legati alla cronicità ed alle fragilità in senso lato. Prestazioni che devono essere garantite su tutta la regione, tenendo in considerazione la particolare conformazione orografica e territoriale, e da adattare dunque in maniera sussidiaria ai luoghi e alle comunità.

**Prima di essere nominato consigliere, è stato per due mandati sindaco del comune di Ponte Nossa (Bg). Con quale bagaglio di conoscenze territoriali ha lavorato alla preparazione della riforma?**

L'esperienza che ho fatto come sindaco mi ha fatto toccare con mano il sistema dei servizi sanitari e sociosanitari locali. Ma la conoscenza delle necessità dei territori non è certo qualcosa legato al mio passato, perché ancora oggi mantengo ben vivo il collegamento col territorio e coi miei tantissimi amici amministratori. Rivendico in effetti con orgoglio l'appartenenza ad una esperienza che cerca costantemente di vivere la politica come l'espressione più alta del desiderio di partecipare alla costruzione del «bene comune». Attraverso lo sguardo «periferico» acquisito durante il mio percorso, ho individuato la necessità di garantire un'adeguata informazione alle persone e un'organizzazione della rete dei servizi (ospedali, medici di base, servizi territoriali, case di riposo, centri per esami e visite specialistiche) che deve evitare anzitutto che il cittadino sia rimbalzato da un servizio all'altro senza trovare nessuno che si faccia carico del suo bisogno. In questa logica, per esempio va assolutamente migliorata l'integrazione dei servizi dei comuni con quelli degli ospedali e delle Asl.

**La riforma mira a ridisegnare l'organizzazione attuale e il modo**

IL VICEPRESIDENTE DELLA COMMISSIONE

## «UNA SUSSIDIARIETÀ ATTENTA AI LUOGHI E ALLE COMUNITÀ»



ANGELO CAPELLI

«Garantiremo la disponibilità delle cure su tutto il territorio», dice il vicepresidente della Commissione Sanità

«SI DELINEA UN SISTEMA CHE CONSENTIRÀ AL CITTADINO DI ESSERE PRESO IN CARICO DAL MIGLIORE EROGATORE, PRIVATO O PUBBLICO»

di essere curato di un paziente. In che modo lo farà, in particolare fuori dai grandi centri urbani?

Le novità della riforma in effetti sono innanzitutto due: la prima è la distinzione chiara tra chi programma e controlla i servizi sul territorio (Aziende di Tutela della Salute - Ats, in sostituzione delle attuali Asl) e chi invece li eroga. Ogni Ats avrà dunque la responsabilità di garantire che i «suoi» servizi siano il più possibile integrati, tra loro e col servizio sanitario: pur mantenendo perciò la loro indipendenza gestionale dovranno rispondere alle esigenze. Questa impostazione, ne sono convinto, consentirà all'Ats di riservare maggiore attenzione alla cura di aspetti chiave, ad esempio la libertà di scelta e un sistema di welfare che valorizzi la cosiddetta sussidiarietà orizzontale e consenta al singolo di essere preso in carico dal migliore erogatore possibile, pubblico o privato. Inoltre valorizza il Terzo settore e le associazioni presenti sul territorio. Temi di primaria importanza anche nel sistema attuale, ma che adesso verranno assunti ancora di più come criteri di fondo.

**E la seconda?**

Abbiamo individuato nell'Asst una soluzione che mette insieme servizi ospedalieri e territoriali per assicurare l'integrazione più efficace possibile. Ciò significa che ciascuna Asst, nell'organizzare il lavoro potrà valorizzare al massimo grado le specificità del territorio, garantendo che le prestazioni siano in via prioritaria erogate dai privati e in seconda battuta dall'Asst stessa, che vi provvederà col proprio personale. Tutto questo cambierà il modo di essere curato in ogni territorio, anche fuori dai grandi centri. L'invecchiamento della popolazione e la maggiore presenza di situazioni di fragilità e di cronicità oggi in effetti sfidano ogni territorio ad intervenire con servizi mirati. Ma questa sfida non è rivolta solo agli operatori del settore, bensì ad associazioni, forme di organizzazione dei cittadini, fondazioni locali e comuni. Soggetti che sono storicamente il vero motore che ha attivato e reso funzionanti i servizi territoriali. Case di riposo o servizi territoriali infatti sono nati non come frutto del «pubblico» ma del «privato sociale o del singolo cittadino» che si è assunto l'onere di «mettere in piedi un servizio per la gente», diventato poi «servizio pubblico». Personalmente sono figlio di questa esperienza politica, caratterizzata da un'oculatezza e una competenza che hanno fatto la storia dei nostri comuni e che possono farla anche per il futuro. Un'avventura politica che trae le sue origini nella Dottrina sociale della Chiesa, che oggi domanda a ciascuno un rinnovato impegno nel solco di quanto chiede Papa Francesco.

# IL VANTAGGIO DI FARE I CONTI CON LA SALUTE

UNIRE I PAZIENTI IN UN MINOR NUMERO DI CENTRI, OTTIMIZZARE IL TURN-OVER, ADEGUARE MODELLI TESTATI CON SUCCESSO IN ITALIA. IL TALENTO DELLA LOMBARDIA CONSISTE OGGI NEL SAPERE TRASFORMARE LE SFIDE IN BUONE OCCASIONI

**L COMMISSARIO ALLA REVISIONE della spesa Yoram Gutgeld, in un'intervista a Repubblica del 26 luglio, ha sottolineato che «ci sono ospedali che hanno squilibri nella gestione per decine di milioni di euro e occorre intervenire»: l'obiettivo finale dei tagli, secondo Gutgeld, è di 10 miliardi, ma per il momento governo e parlamento hanno votato un pacchetto di misure da 2,3 miliardi, che prevedono tagli alle visite specialistiche "non appropriate" (il ministero compilera una lista di patologie per cui le analisi e gli approfondimenti saranno considerati necessari), ai ricoveri per riabilitazione oltre certi limiti, riduzioni per 210 milioni di euro l'anno agli ospedali più piccoli e con misure contro la cosiddetta "medicina difensiva", quella dei medici che per mettersi al riparo da vertenze giudiziarie prescrivono analisi o controlli non appropriati. Per Davide Croce, docente della Liuc e direttore del Crems (Centro di ricerca in economia e management in sanità e sociale della Liuc) e membro della commissione di saggi voluta da Roberto Maroni proprio per la riforma della sanità, «quanto sta avvenendo è una vecchia questione tra centro e periferia».**

**Professore, cosa ne pensa delle misure volute dal governo, contro cui si sono schierate Veneto, Liguria e Lombardia?**

È una vecchia questione di "relazione" tra centro (il ministero, che programma e controlla) e periferia (le Regioni, che erogano il servizio sanitario). È necessaria la revisione della spesa sanitaria, una delle principali voci per lo Stato e che negli

ultimi 30 anni, con esclusione degli ultimi cinque, è cresciuta di più in termini percentuali. In particolare questa spesa si è allargata, secondo il rapporto Giarda (il primo documento sulla spending review, del 2013, ndr), a scapito dell'istruzione. Dopo il baby boom del dopoguerra, il numero di studenti è continuato a diminuire, e questo dà una certa logica alla decisione dei governi passati di tagliare la spesa per l'istruzione. Ma oggi questo trend è finito, e questa è una delle ragioni nell'inversione di marcia del governo Renzi. La seconda ragione è che in questi anni le Regioni hanno assistito ai tagli al finanziamento sanitario senza mettere in campo azioni reali sull'appropriatezza delle spese, né azioni di contenimento e di miglioramento dell'organizzazione. Tutti noi, quando andiamo in un ospeda-



DAVIDE CROCE

«La riforma consente di adeguarsi alla nuova società, con cure focalizzate e una spesa più razionale», spiega il direttore del Crems e tra i saggi della commissione voluta da Maroni

lare nel settore pubblico.

**E le Regioni che protestano che motivi hanno?**

Le Regioni si oppongono ai tagli argomentando che l'Italia è un paese anziano, e quindi la spesa sanitaria inevitabilmente cresce di anno in anno. Se oggi si sopravvive più probabilmente alle malattie, ad esempio ad un infarto, dall'altra parte aumentano poi i malati cronici

**«NEL CASO DELLA CARDIOLOGIA O DEI CENTRI PER L'EPATITE SAREBBE INTERESSANTE PREMIARE I POLI CHE FANNO PIÙ INTERVENTI, TRASFERENDO PAZIENTI DA QUELLI PIÙ PICCOLI»**

le, ci rendiamo conto di sprechi o mal utilizzo di spazi o di beni: eppure nelle singole amministrazioni nessuno si sta dando efficacemente da fare per migliorare la situazione, procedendo a tagli dall'alto che mal si accordano con le reali attivita. Questo perché in Italia forse non si è ancora capito che le cose sono cambiate profondamente, che per anni questo paese è vissuto sopra le proprie possibilità economiche e quindi è necessaria una mentalità diversa dal passato, in partico-

ci cui le regioni devono far fronte: l'infarto sopravviverà ma sarà un paziente cronico e ovviamente la spesa per l'assistenza sanitaria tenderà ad aumentare (ogni anno abbiamo nuovi diabetici, nuovi infarti, nuovi infetti da epatite o da Hiv). Perciò ci troviamo nell'impasso: le Regioni non hanno messo in atto reali politiche di appropriatezza della spesa che il governo chiede, ma al tempo stesso hanno bisogno di maggiori fondi per rispondere al maggior numero ▶

Foto: Ansa



► di pazienti che ogni anno devono sostenere. L'Italia è uno dei paesi più anziani assieme al Giappone, anche perché abbiamo un servizio sanitario all'avanguardia, insomma si invecchia di più proprio perché il sistema sanitario funziona bene. E costa sempre di più. Ecco l'agrovigliato nodo che oggi l'Italia deve affrontare.

**Esperti del settore, definiscono il sistema sanitario lombardo, con l'alleanza più stretta tra pubblico e privato, un modello misto tra Beveridge (modello universalistico) e Bismarck (modello mutualistico). Lei cosa ne pensa? Cosa si può fare a livello di amministrazione sanitaria per risparmiare senza diminuire i servizi al cittadino?**

Non sono d'accordo a livello tecnico a dire che in Lombardia siamo a metà tra un sistema mutualistico e uno universalistico. La Lombardia è un modello Beveridge, non Bismarck (non abbiamo le mutue almeno ad oggi), che vive però tra alcune trappole, in primis quella della mentalità della popolazione che pensa che la sanità sia del tutto gratuita e debba offrirle gratuitamente tutto ciò di cui ha bisogno. Le assicurazioni sanitarie potrebbero rappresentare una prima soluzione al problema dei tagli alla Sanità: ma non hanno funzionato e difficilmente lo potranno

fare efficacemente nel nostro paese anche nel prossimo futuro. La soluzione ai tagli necessari resta dunque che le Regioni si rimbocchino le maniche e propongano soluzioni sull'appropriatezza dei ricoveri,

**10 MILIONI**

Sono i pazienti assistiti ogni anno in Lombardia, il 31,8 per cento dei quali, (3 milioni e 227 mila) sono cronici che consumano il 79,6 per cento delle risorse

**10,2 MILIARDI**

È la spesa annuale in Lombardia per le principali voci della sanità (ricoveri, specialistica, farmaceutica territoriale e cicli di cura dati a casa dagli ospedali)

**8,8 MILIARDI**

La quota di spesa utilizzata per i pazienti cronici. In media ogni medico di medicina generale ne ha in cura circa 450 su un totale di circa 1.500 pazienti

**Perché?**

La Lombardia aveva sempre brillato come un modello per la sanità, ma aveva il difetto di essere troppo ospedalocentrica. Nel passato più recente concepire un sistema sanitario centrato sull'ospedale

delle visite e delle cure offerte. Razionalizzando l'offerta: ad esempio in Lombardia ci sono 93 centri che trattano pazienti con Epatite B. Se chiediamo ai centri che hanno meno di 10 pazienti di rivolgersi al centro più grande e più vicino, possiamo arrivare a 64 centri con più efficienza e miglior trattamento per l'utente. Perché, ovviamente, nei centri più piccoli inevitabilmente c'è un minor know-how e il paziente viene assistito con minor efficacia. Se un centro di cardiologia non esegue almeno due procedure stent al giorno, i suoi operatori perdono la manualità necessaria e il centro rischia di diventare pericoloso per l'utente in assistenza. Anche nel caso della cardiologia, come nell'esempio che ho fatto per i centri per l'epatite, può essere interessante premiare i centri che fanno più interventi, dandogli più pazienti, fermando pian piano i centri più piccoli. Questo modello è già stato attivato in Emilia Romagna da alcuni anni sui piccoli ospedali con successo. Non tutti possono fare tutto: la soluzione non è tanto in un nuovo sistema sanitario, ma può essere invece proprio quella dell'appropriatezza delle prestazioni paradossalmente indicata dal governo. Molte Regioni purtroppo negli ultimi anni hanno perso occasioni.

era giusto, oggi la popolazione è cambiata, è più anziana e anche il servizio deve cambiare pelle. Adesso la riforma lombarda cerca di intervenire proprio su questo aspetto, anche in considerazione del fatto che il paziente medio lombardo è anziano e cronico e non necessita tanto del ricovero in ospedale, quanto di una cura continua. Sui 10 milioni di pazienti assistiti ogni anno in Lombardia, il 31,8 per cento, cioè 3 milioni e 227 mila persone, sono pazienti cronici che consumano il 79,6 per cento delle risorse. Su 10,2 miliardi di euro spesi ogni anno in sanità in Lombardia per le principali voci (ricoveri, specialistica, farmaceutica territoriale e cicli di cura dati a casa dagli ospedali), 2,8 miliardi di euro vanno per le prestazioni ambulatoriali, 4,9 miliardi per i ricoveri, 1,9 miliardi per le ricette in farmacia e 855 milioni di euro per i farmaci dati direttamente dall'ospedale. I malati cronici usano ben 8,8 miliardi di euro. In un contesto del genere, se il servizio sanitario lombardo oggi vuole migliorare, deve ricostruirsi basandosi sull'assistenza ai malati cronici, non più solo sugli ospedali come è avvenuto sinora. Il cronico ha bisogno di un'assistenza continua ma vicino a casa, perciò è il medico di medicina generale che farà questo servizio. Ma se il medico di medicina generale ha 1.500 pazienti (come avviene oggi con i medici massimalisti), significa che ha circa 450 pazienti cronici e che fisicamente non riesce a gestire questi numeri. La vecchia figura del medico di famiglia valeva per una popolazione giovane, oggi non tiene più e ha bisogno sul territorio di un'organizzazione di infermieri e di altre figure professionali fra le quali medici specialisti che prendano in carico il paziente, per evitare che la malattia diventi acuta e necessiti di ricoveri. È quello che cerca di fare la riforma. In questo modo si può portare la Lombardia a rispondere alla necessità degli assi-

#### La composizione per funzioni dei consumi pubblici 1990-2009

FUNZIONI	1990	2009	VARIAZIONE
Servizi generali	12,8%	13,4%	0,6%
Difesa	6,8%	7,1%	0,3%
Ordine pubblico e sicurezza	8,9%	7,9%	-1,1%
Affari economici	5,1%	4,5%	-0,6%
Protezione dell'ambiente	2,9%	3,3%	0,4%
Abitazioni e territorio	1,7%	1,9%	0,0%
Sanità	32,3%	37,0%	4,7%
Protezione sociale	4,2%	5,0%	0,8%
Attività ricr., culturali, di culto	2,2%	2,4%	0,1%
Istruzione	23,1%	17,7%	-5,4%

Fonte: Pietro Giarda, Elementi per una revisione della spesa pubblica, 2012

**È necessaria la revisione della spesa sanitaria, una delle principali voci per lo Stato e che negli ultimi 30 anni, con esclusione degli ultimi cinque, è cresciuta di più in termini percentuali. In particolare questa spesa si è allargata, secondo il rapporto Giarda, a scapito dell'istruzione (vedi tabella a fianco)**

stiti e razionalizzare la spesa. Questa è la soluzione che vale in questa regione, perché va detto che ogni regione ha precisi problemi. La Liguria potrebbe seguire il modello Lombardia, perché è anziana: in Lombardia c'è un rapporto giovani-anziani di 1-1,5, e in Liguria di 1-2. Diversa la strada della Campania, dove il rapporto tra giovani e vecchi è di circa 1 a 1,

le. Ma senza esagerare, questo lo sottolineo, perché il rischio può diventare facilmente un minor servizio all'utente. La parola d'ordine dev'essere riorganizzare le cose a parità di servizio.

**Oltre alla razionalizzazione dei servizi, un altro tema affrontato dalla riforma è quello della formazione. La riforma identifica per ciascun polo universitario**

**«NEI PROSSIMI 10 ANNI IL 50 PER CENTO DEI MEDICI ANDRÀ IN PENSIONE. LA REGIONE DOVRÀ SOSTITUIRE I PROPRI OPERATORI SENZA PERDERE IL KNOW-HOW DEI PIÙ ANZIANI»**

e dove quindi c'è bisogno anche di altri tipi di percorsi.

**Ritiene che per razionalizzare la spesa si possa pensare ad un'alleanza tra le Regioni per mettere in condivisione le eccellenze e tentare di risparmiare senza incidere troppo sui servizi offerti dal sistema sanitario nazionale?**

Sì, hanno assolutamente ragione Liguria e Lombardia quando hanno avanzato questa proposta. Occorre concentrare le cure eccellenze, sempre in base al principio concreto che non tutti possono offrire tutto. Le Regioni possono organizzare le proprie eccellenze, concentrando

**una struttura sanitaria di riferimento per la formazione, i teaching hospital. Come funziona oggi la formazione e specializzazione ospedaliera e cosa dovrebbe cambiare secondo lei, perché essa sia più matura, ed efficiente?**

La Commissione Veronesi aveva già declinato la necessità di collegare la formazione, in un mondo che cambia velocemente, alla ricerca e alla formazione sul campo. La riforma cerca in effetti di inserire questo tema al suo interno, anche se dovranno essere modificati i modelli di formazione: la sanità è una delle aree con crescita esponenziale in

termini di conoscenze. Trent'anni fa di infarto si moriva, come di Hiv. Oggi di Hiv non si muore, e con l'infarto si può avere ragionevolmente un'aspettativa di vita lunga quanto gli altri. Non parliamo delle applicazioni possibili del digitale (il vero scopo dell'orologio smartphone è di prendere i parametri vitali, non di telefonare). Occorre quindi legare chi lavora nel servizio alle possibilità di crescita di conoscenza. La riforma lombarda ci sta provando; non può risolvere tutto il problema in un solo colpo a mio avviso, ma è anche vero che non si può fare tutto e subito. Anche gli operatori stanno cambiando. Nell'arco dei prossimi dieci anni il 50 per cento dei medici andrà in pensione. Il solo ospedale Niguarda di Milano, per citare un esempio, nei prossimi otto anni cambierà per questo motivo il 52 per cento dei suoi medici. Possiamo dire di trovarci di fronte ad un'epocale occasione di crescita di opportunità. Ma può essere anche il momento in cui si perderanno gran parte delle conoscenze e delle abilità. La vera sfida della Regione, oltre a cambiare pelle al sistema sanitario, sarà proprio sostituire i propri operatori senza perdere il know-how di quelli più anziani.

# I BENEFICI DI UNA LIBERA E SANA COMPETIZIONE

LIBERTÀ DI SCELTA, PLURALISMO DEGLI EROGATORI, TERZIETÀ DEI CONTROLLI E TRASPARENZA. IL MONDO PRIVATO DIFENDE I PRINCIPI DI UN SISTEMA OSPEDALIERO MISTO CHE OGNI GIORNO CONQUISTA LA FIDUCIA DEI PAZIENTI ITALIANI

**134 MILA**  
è il numero di pazienti ricoverati in Lombardia nel 2013 provenienti da altre regioni d'Italia (su 1 milione 344 mila degenze ordinarie complessive). Ben 75 mila di questi pazienti sono stati ricoverati in un ospedale o in un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Ircs) privati: sono state 41.636 invece le degenze di pazienti residenti al di fuori della Lombardia in ospedali e Ircs pubblici. Oggi in Lombardia sono 76 le strutture sanitarie private accreditate, 16 gli Ircs e 4 i cosiddetti ospedali classificati. I ricoveri più ricorrenti dei pazienti fuori regione in questi istituti, riguardano principalmente le malattie ortopediche, oncologiche, cardiovascolari e neurologiche.

Questi viaggi dimostrano nel modo più concreto la fiducia dei pazienti per

questi settori, intesi come eccellenze e come più sicuri che nel resto d'Italia, persino nelle proprie regioni di residenza.

Anche il mondo dei privati, che rappresenta quasi il 40 per cento della sanità lombarda, guarda con interesse alla riforma, soprattutto perché il contesto di crisi economica e di tagli alla spesa pubblica nazionale ha fatto accendere la discussione sia intorno al tema della spesa sanitaria, sia intorno al modello sanitario più efficiente verso cui tendere, sia, infine, sul peso da dare alla sanità privata rispetto a quella pubblica.

Mentre in altri paesi d'Europa (come la Francia o la Germania) vige un modello chiamato bismarckiano, dove la spesa sanitaria è sostenuta attraverso assicurazioni per la salute (le casse malati che sono sia pubbliche che private e obbligatorie), in Italia vige il modello di origine anglosassone, Beveridge, che prevede l'accesso universale alle cure, e il finanziamento della sanità tramite il gettito fiscale. «Un esempio tra i più inter-



GABRIELE PELISSERO

Il presidente dell'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop) spiega il modello lombardo, «un welfare caratterizzato da universalità e solidarietà»

ressanti è proprio il modello lombardo», spiega Gabriele Pelissero, presidente dell'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop).

#### Perché?

I due modelli di sanità tradizionali sono molto diversi come impostazione anche se tendono alla fine a produrre effetti simili, cioè sistemi di welfare caratterizzati dall'universalità e dalla solidarietà. Il modello Bismarck, in particolare, è intrinsecamente pluralistico e incorpora l'idea di una differenziazione tra gli erogatori. Il modello Beveridge nella sua costruzione originaria è di per sé statalistico e tenderebbe a stabilire una predominanza, o meglio un monopolio, del settore pubblico. In realtà questo modello ha dovuto evolversi producendo risultati interessanti: tra questi,



## «UN MODELLO BEVERIDGE CORRETTO COME IN LOMBARDIA RICHIENDE MOLTA SERIETÀ DI GOVERNANCE MA CONSENTE IL MASSIMO DELLA QUALITÀ CON LA SPESA PIÙ BASSA»

negli ultimi 50 anni, un esempio tra i più meritorii è quello lombardo, che si basa sul Beveridge, e quindi apre in modo universale le cure per i cittadini, ma somma anche alcune caratteristiche del modello bismarckiano, introducendo una pluralità di attori, in competizione virtuosa tra loro. Un modello Beveridge corretto, come quello lombardo, è molto importante per tutto il nostro paese e andrebbe preso più in considerazione. Certo, un modello del genere richiede molta serietà da parte di chi lo governa, ma consente di avere il massimo della qualità con la spesa più bassa. Molte regioni italiane hanno evidenziato purtroppo una forte incapacità di gestione della sanità pubblica e privata negli anni ed è per questo motivo che in uno stesso paese abbiamo sistemi sanitari che funzionano molto

«NELLA RIFORMA VIENE GARANTITA LA PARITÀ TRA TUTTI GLI ATTORI DEL SISTEMA SANITARIO, PUBBLICI E PRIVATI, E QUESTO ASPECTO GARANTISCE ULTERIORMENTE LA LIBERTÀ DI SCELTA»

bene e altri che funzionano molto male.

Alla commissione Salute della Regione Iei, durante un'audizione, ha ricordato che è importante che la riforma lasci «libertà di scelta per il cittadino e pluralismo degli erogatori, terzietà dei controlli e trasparenza e separazione netta fra il momento di prescrizione e il momento di erogazione della cura specialistica». In che modo, concretamente, potrà essere garantita la libertà di scelta per il cittadino?

La riforma della sanità lombarda fa riferimento esplicito, prima di tutto, al principio della libertà di scelta del cittadino e del pluralismo degli erogatori, che sono messi tutti sullo stesso piano. Chiaramente non basta affermare questi due principi, occorre anche vedere poi i fatti, ma rispetto alle formulazioni iniziali c'è stata un'evoluzione molto positiva. Al posto delle vecchie Asl, nella nuova riforma, si prevede che i prescrittori, cioè i medici generali o medici di famiglia singoli o associati, siano governati dall'Ats, un'organizzazione sanitaria con compiti puramente organizzativi e che quindi non ha il compito di erogare le prestazioni. Questo garantirà terzietà e controllo reale da parte dell'Ats e al tempo stesso maggiore libertà da costrizioni burocratiche e correttezza nei medici, tutelando al cento per cento il cittadino. Nel testo finale è anche garantita la parità tra tutti gli attori del sistema sanitario, pubblici e privati, e questo aspetto garantisce ▶

**«DOVREMBO COSTRUIRE UN SISTEMA CHE STIMOLI L'ÉQUIPE OSPEDALIERA A LAVORARE ANCHE NEL TERRITORIO CON I MEDICI DI FAMIGLIA E GLI OPERATORI DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE»**

► ulteriormente la libertà di scelta. Se il cittadino non sarà soddisfatto delle cure in un certo ospedale, potrà sceglierne un altro, pubblico o privato. In questo modo si elimina anche il rischio che la struttura ospedaliera si ripieghi su se stessa, perdendo di vista la centralità del paziente.

**Quali sono i punti della riforma che la lasciano invece perplesso?**

Abbiamo sempre guardato con perplessità l'ipotesi di un mega assessorato Sanità-Servizi sociali, anche se la formulazione proposta, di procedere gradualmente con una sperimentazione, la consideriamo saggia e rassicurante. Il vero nodo che ci lascia perplessi, però, non è tanto in ciò che è scritto nella legge, ma in ciò che non è scritto. Questa legge infatti si propone di ampliare l'offerta garantendo percorsi di qualità anche nel post ricovero, raccogliendo un'esigenza che abbiamo tutti noi operatori della sanità, pubblici o privati. Ma ampliare l'offerta richiede anche un ampliamento delle risorse economiche, e dato che negli ultimi anni in sanità abbiamo invece assistito solo a tagli, il rischio è che tutti questi propositi rimangano in un libro dei sogni. Inoltre mi chiedo: cosa si intende fare concretamente per garantire la continuità assistenziale al paziente, dopo la dimissione dagli ospedali? Quali soggetti coinvolgere, soprattutto nella fase post acuta e della cronicità?

**Cosa pensa l'Aiop a questo riguardo?**

Per affrontare bene il trattamento cronico per noi è indispensabile un forte coinvolgimento dell'équipe protagonista delle cure nella fase acuta. Prendiamo ad esempio un paziente cardio-

**76**

strutture sanitarie private accreditate in Lombardia, 16 Ircs e 4 cosiddetti "ospedali classificati". Il mondo dei privati rappresenta quasi il 40 per cento della sanità lombarda

**41 MILA**

circa (il dato preciso è 41.636) sono invece le degenze registrate sempre nel 2013 di pazienti residenti al di fuori dalla Lombardia in ospedali e Ircs pubblici

LA PRESIDENTE DI KORIAN ITALIA

**«Così le Rsa possono diventare l'alternativa al pronto soccorso»**

Dopo la fusione con il gruppo francese Medica, oggi Korian Italia, si conferma con la sua lunga esperienza come uno dei principali attori nell'ambito delle residenze per anziani (Rsa). «Oggi il gruppo ha raggiunto quota 60 strutture tra residenze e cliniche per riabilitazione e per acuti (8 in particolare queste ultime): abbiamo anche 78 appartamenti protetti per anziani autosufficienti o parzialmente sufficienti» spiega Mariuccia Rossini, presidente di Korian Italia, raccontando che oggi il gruppo è presente in 9 regioni italiane. «Ci occupiamo dal 1998 di assistenza per anziani anche a domicilio – prosegue Rossini –. Crediamo molto nella possibilità di erogare le cure più adeguate al momento specifico anche attraverso la collaborazione dei nostri partner. Nel percorso terapeutico non c'è solo il momento del ricovero da tenere in considerazione, ma anche quello della riabilitazione e dell'autosufficienza, tuttavia alcuni anziani hanno case non adeguate, ad esempio abitano in case senza ascensore. Per questo offriamo alcuni appartamenti che non hanno barriere architettoniche e garantiscono l'assistenza di esperti 24 ore su 24, in modo che l'anziano possa vivere in modo autosufficiente e protetto». Quest'ultima offerta ha di fatto anticipato l'idea che oggi è alla base della nuova riforma sanitaria lombarda: «Noi abbiamo creduto molto nella post ospedalizzazione. Abbiamo anche introdotto alcune novità nelle cure offerte nelle nostre Rsa: per esempio diamo molta importanza alle terapie non farmacologiche, soprattutto nel primo ambulatorio di supporto alle persone con demenza della residenza di Saccardo-Milano, dove si offre la musicoterapia, il treno "virtuale" e l'arte terapia e nella residenza Heliopolis, dove si offre la dog therapy e siamo i primi in Italia ad aver creato un dog camp, per consentire ai nostri pazienti di portare con sé il proprio cane anche durante il ricovero». Prosegue Rossini: «Gli anziani hanno come punto di riferimento prioritario il pronto soccorso, spesso perché non sanno dove andare in alternativa. Sarebbe saggio poter comunicare loro che anche le case di riposo possono essere un'alternativa, dato che queste ultime sono presenti su tutto il territorio in modo capillare. Oggi le Rsa non sono strutturate per accogliere le emergenze, ma potrebbero esserlo con una minima modifica, e potrebbero anche coordinare l'assistenza all'anziano sul territorio. Per capire se e come questo accadrà, occorre aspettare i decreti di attuazione della riforma».

patico, che nell'ospedale in cui è curato è molto ben conosciuto, riceve dai medici una diagnosi e una terapia e un monitoraggio costante che consente di rimodulare le cure man mano. Poi, quando questo paziente va finalmente a casa, è indispensabile che qualcuno continui a seguirlo, a monitorare l'evoluzione della terapia e, affinché ciò avvenga, occorre a nostro avviso che il paziente sia seguito dalla stessa équipe che lo ha già curato nella fase acuta. Ciò permetterebbe di dare al paziente infatti massima qualità e sicurezza delle cure in un percorso continuativo. Dovremmo costruire un sistema che stimoli l'équipe ospedaliera a lavorare anche nel territorio in collaborazione con i medici di famiglia e con gli operatori dell'assistenza domiciliare. Una bella sfida che siamo pronti ad affrontare. ■

Foto: Ansa

IL PRESIDENTE DI FEDERFARMA

# «PIÙ TUTELE PER UN RUOLO DI ENORME UTILITÀ SOCIALE»



ANNAROSA RACCA

«Ogni lombardo avrà presto una farmacia a sei minuti da casa», spiega il presidente di Federfarma

**«BENE PUNTARE SULL'ASSISTENZA AD ELEVATA INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA. MA NON VENGA MENO LA "TERRITORIALITÀ" DEI SERVIZI»**



alla cronicità e ha bisogno di una sanità territoriale. La farmacia è il presidio farmaceutico al servizio del cittadino: un servizio pubblico di utilità sociale da tutelare ed incentivare. Non ultimo il servizio di consegna gratuita dei farmaci a domicilio organizzato da Federfarma tramite le farmacie a favore delle persone non deambulanti per una patologia cronica grave che non abbiano a disposizione persone che possano recarsi in farmacia. Il servizio patrocinato dal ministro della Salute risponde al numero 800/189521 attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00. Sono sicura che lo sforzo che è stato fatto dal presidente della Regione, Roberto Maroni, vada verso un'evoluzione positiva e che si vada verso un servizio regionale ancora più apprezzato dai lombardi».

# UNA INTERA ÉQUIPE SOTTO CASA

LA NUOVA LEGGE CONSEGNA AL MEDICO DI FAMIGLIA UN RUOLO CENTRALE NELLA RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE. E LO STUDIO DIVENTA UNA CABINA DI REGIA DOVE EFFETTUARE ESAMI DI ROUTINE E COLLEGARSI CON GLI SPECIALISTI

**K** N LOMBARDIA I MEDICI di famiglia sono circa 6.500 e altri 1.000 i pediatri di libera scelta» spiega a *Tempi* Fiorenzo Corti, medico e segretario regionale di Fimmg Lombardia, il sindacato di categoria. I medici di famiglia sono il primo «avamposto» della cura nei piccoli centri quanto nei quartieri delle grandi metropoli: sono spesso una figura di riferimento anche sociale.

Secondo l'annuario statistico regionale oggi il tasso di medici di famiglia è di 6,6 contro il 7,7 del resto d'Italia: queste cifre, tradotte, significano che in media ogni medico di famiglia lombardo assiste 1.300 abitanti (mentre il rapporto nel resto d'Italia è di un medico ogni 1.134 abitanti), tenendo conto della popolazione sopra i 14 anni. Corti spiega che «l'età media in Lombardia è alta, e oggi il turnover è molto difficile, dato che un posto di lavoro si libera solo quando un medico va in pensione (cioè dai 68 anni, ndr.)». Secondo i più recenti dati pubblicati dal ministero della Salute, che risalgono al 2012, in Lombardia non c'è nessun medico di famiglia che eserciti a sei anni dalla laurea. Corti ipotizza che «il turnover più robusto avverrà solo tra sei anni, quando molti giovani medici verranno assorbiti in seguito a un massiccio pensionamen-

to dei sessantottenni».

Parallelamente all'età dei medici si è alzata anche quella degli assistiti. «Mediamente un terzo dei nostri pazienti è affetto da patologie croniche, diabete, ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari e del sistema respiratorio come asma o bronchite cronica e artrosi», spiega Corti. I dati confermano questa analisi: sempre secondo il ministero della Salute, su 9 milioni di residenti in regione, il 28 per cento dei lombardi ha tra i 45 e i 64 anni, il 10,9 per cento tra i 65 e i 74 anni e il 10 per cento più di 74 anni: insieme fanno quasi metà della popolazione. Per l'Inps nel 2014 viveva in regione un sesto dei pensionati italiani (3 milioni sui 18 milioni di pensionati italiani). «Peraltro in Lombardia - prosegue Corti - i residen-



**FIORENZO CORTI**

«In Lombardia il tasso dei medici di famiglia è di 6,6 contro i 7,7 del resto d'Italia» spiega il segretario di Fimmg Lombardia, il sindacato dei medici di medicina generale

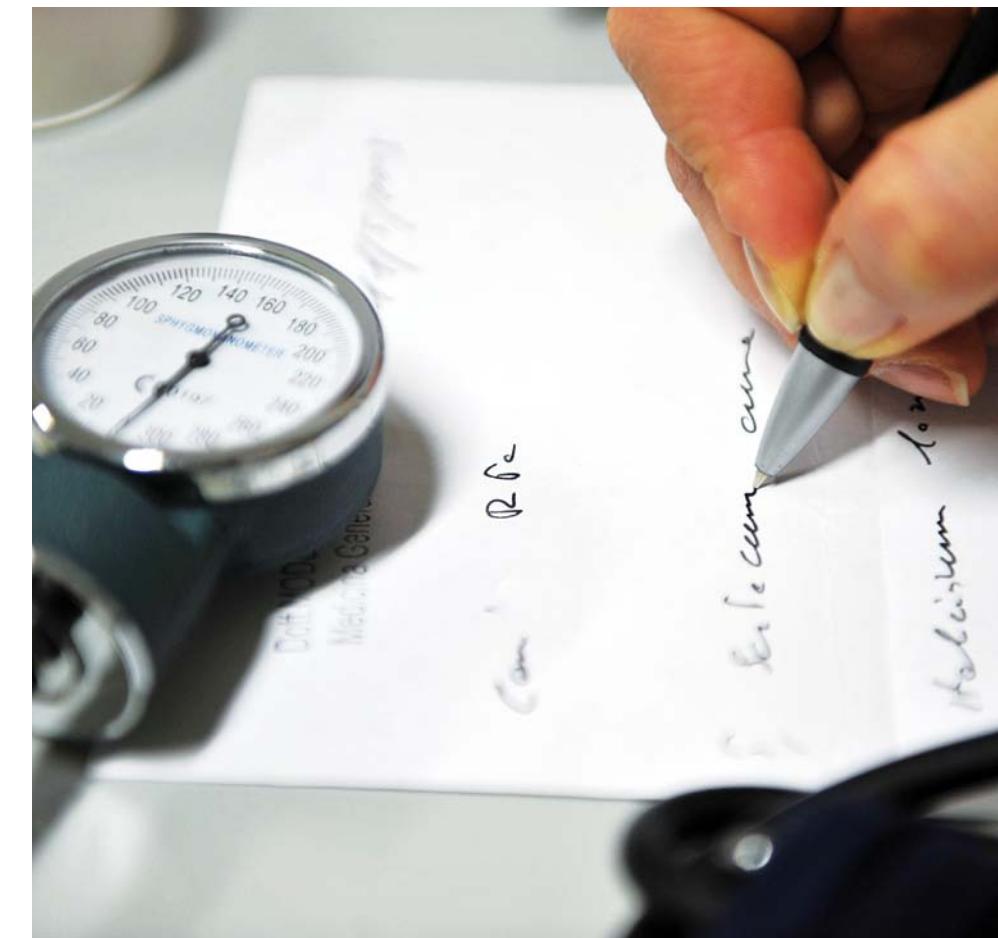
re curati dal medico di fiducia». È in questo quadro - sia dei pazienti che dei loro medici di famiglia - che ora interverrà la riforma sanitaria.

## Cosa cambierà

L'evoluzione della sanità prevede infatti che le Asl non si occupino solo di acquisto di prestazioni, ma che siano le nuove

**«MEDIAMENTE UN TERZO DEI NOSTRI PAZIENTI È AFFETTO DA PATOLOGIE CRONICHE, DIABETE, IPERTENSIONE ARTERIOSA, MALATTIE CARDIOVASCOLARI E DEL SISTEMA RESPIRATORIO»**

Asst, le Aziende sociosanitarie territoriali, a concentrare in un solo soggetto le funzioni di erogazione ospedaliera e territoriale oggi divise tra Asl e Aziende ospedaliere. A loro volta, al loro interno le Asst a livello territoriale vedranno la nascita dei



Pot, presidi ospedalieri per le prestazioni sanitarie e i ricoveri di medio-bassa intensità, e dei Prest, i presidi socio sanitari territoriali per prestazioni ambulatoriali e domiciliari. Per Corti, «questa evoluzione lombarda della sanità prevede anche che negli studi dei medici di famiglia continueranno ad essere presenti collaboratori di studio e infermieri, storicamente dipendenti dei medici di famiglia o delle loro società di servizio. Adesso potranno essere eseguite, inoltre, prestazioni strumentali per la diagnostica di primo livello, come elettrocardiogrammi, spirometrie, ecografie o analisi del sangue, anche attraverso l'uso della telemedicina: esami utili nella prevenzione e nella gestione delle patologie croniche».

Per Corti «I medici di famiglia lavoreranno così in collaborazione tra di loro all'interno delle Asst: ed è proprio

riguardano come abbiamo visto un terzo dei nostri pazienti lombardi, apre degli scenari interessanti».

## Dialogo e fiducia

Nel concreto infatti, prosegue Corti, «se negli studi dei medici di base potrà essere presente un collaboratore, un infermiere e sarà possibile fare diagnostica di primo livello, significa che molte patologie potranno essere gestite negli studi dei medici di famiglia. Sarà possibile, con la tecnologia, che il medico di famiglia comunichi direttamente con i colleghi specialisti, risolvendo uno dei problemi delle cure odierne, cioè la difficoltà di dialogo tra medico curante e specialista consulente. Grazie a tutto ciò si avrà maggiore attenzione per il paziente e verrà irrobustito il rapporto di fiducia con il proprio medico di famiglia. I medici di famiglia i potranno offrire pap test, screening oncologici e anche suggerimenti per l'alimentazione e gli stili di vita più corretti, parlando anche alle persone sane, che vivono intorno al loro studio, si avrà un miglior uso delle risorse con possibili risparmi per il servizio sanitario, ma questo non sarà possibile se non verrà attuato un robusto piano di investimenti sul territorio».

**«I MEDICI DI FAMIGLIA POTRANNO OFFRIRE PAP TEST, SCREENING ONCOLOGICI E SUGGERIMENTI SUGLI STILI DI VITA. IL RAPPORTO DI FIDUCIA COL PAZIENTE VERRÀ COSÌ IRROBUSTITO»**

# IL COACH TECNOLOGICO PER LA TERAPIA

UNO STUDIO CLINICO RANDOMIZZATO HA DIMOSTRATO CHE L'OSSERVAZIONE COSTANTE DEL PAZIENTE DA PARTE DEI SANITARI ATTRAVERSO DISPOSITIVI PER LA TELEMEDICINA COME DOCTOR PLUS MIGLIORANO LA SALUTE E RIDUCONO LE SPESE

**S**E AI PAZIENTI CRONICI COMORBIDI venisse data la possibilità di essere seguiti attraverso la telemedicina, potrebbero avere dei sensibili miglioramenti alla salute. Inoltre, il sistema sanitario nazionale potrebbe ottenere un risparmio stimato di oltre un miliardo di euro, e così potrebbero essere liberate risorse da riutilizzate anche a vantaggio dei pazienti. Sono questi alcuni dei dati che emergono da uno studio clinico randomizzato e aperto (con outcome statisticamente significativi), condotto da oltre 40 medici su 302 pazienti diabetici di tipo 2 di Roma e Firenze, curati a casa propria per 18 mesi attraverso il sistema di monitoraggio remoto Doctor Plus®.

## 302 PAZIENTI

Sono quelli arruolati nello studio clinico randomizzato e aperto su Doctor Plus® condotto dall'Istituto Mario Negri Sud su diabetici di tipo 2 di Roma e Firenze

Lo studio, condotto dal laboratorio di epidemiologia clinica della Fondazione Mario Negri, ha dimostrato ad esempio che si è raggiunta una differenza nei livelli di emoglobina glicata di 0,33 (un valore statisticamente significativo) tra il gruppo di controllo e il gruppo in telemedicina. Questi dati rendono Doctor Plus un'esperienza su cui vale la pena avviare una riflessione anche in Lombardia, dove non è ancora attivo, e dove si è licenziata una riforma che vuole promuovere anche la telemedicina per passare dalla logica del "curare il paziente" a quella del prendersi cura di lui, anche da casa.

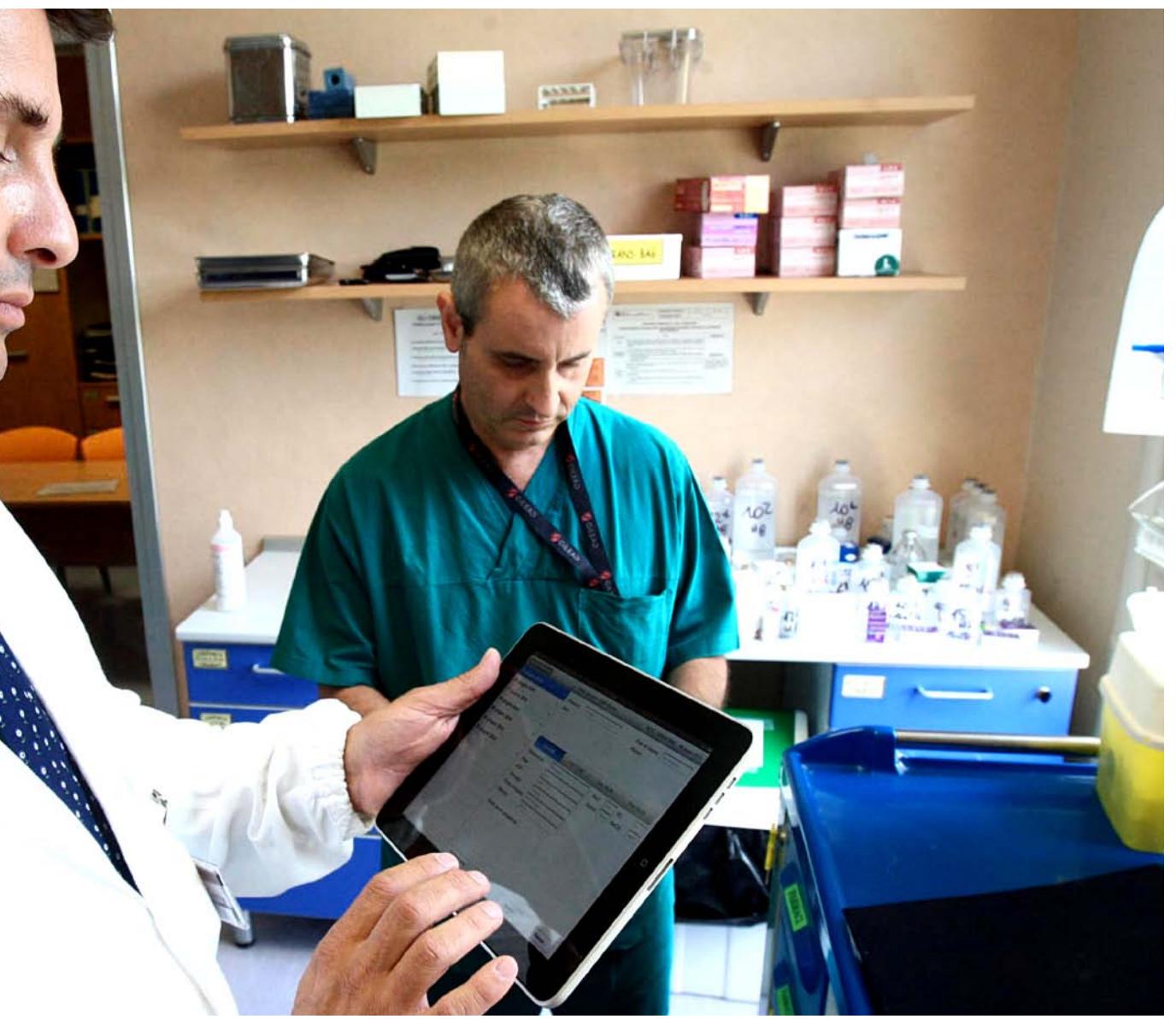
Doctor Plus® è un nuovo modello organizzativo creato da Vree Health Italia, società di Msd Italia. Nasce per rispondere ad alcune necessità sempre più diffuse tra i pazienti italiani, soprattutto a causa dell'invecchiamento della popolazione, ma anche per rispondere ai bisogni del sistema sanitario costretto a tagliare costantemente il proprio budget di spesa.

Un paziente cronico oggi non ha tanto bisogno di cure in ospedale per pochi giorni, quanto di una continuità del proprio percorso di cura che si estenda dall'ospedale al territorio fino ad arrivare al proprio domicilio. Chi soffre di diabete, per esempio, ha necessità di un sistema di cure continue a casa o nella sua vita quotidiana. Per rispondere ad una sfida simile, Vree Health Italia ha pensato di costruire un percorso che mettesse in comunicazione gli attori del sistema sanitario coinvolti nella cura del paziente: lo spe-

cialista, il medico di famiglia (che spesso non parlano tra loro) e una centrale infermieristica, che ha chiamato centrale dei servizi.

### Come funziona il dispositivo

La centrale dei servizi è composta da infermieri specializzati ed è attiva 6 giorni alla settimana e per 12 ore su 24 (dalle otto del mattino alle venti). Il paziente seguito a casa con Doctor Plus® riceve alcuni strumenti di facile utilizzo, ad esempio un glucometro, una bilancia e uno sfigmomanometro. Tutti questi dispositivi sono collegati via bluetooth ad un hub (una sorta di modem) che invia i dati in una nuvola protetta: i valori dei pazienti vengono raccolti nel cloud e sono accessibili dal medico di base, lo specialista ed il paziente stesso. I dati cli-



**NEI PAZIENTI SI È OSSERVATA UNA DIFFERENZA DI EMOGLOBINA GLICATA DI 0,33. IL DISPOSITIVO CONSENTIREBBE RISPARMI DI OLTRE 1 MILIARDI DI EURO**

nici del paziente, a questo punto, vengono filtrati grazie ad un sistema di triage, che emette un codice in base alla gravità, dal bianco al rosso (che si arriva mai comunque al livello dell'emergenza, ma ci si ferma già un passo prima, consentendo di intervenire in tempo utile). I codici in base al protocollo di servizio possono essere gestiti o direttamente dagli infermieri oppure vengono inoltrati al medico di base o allo specialista. Nel caso di codice rosso, ad esempio, arriva una segnalazione direttamente al medico specialista, che è tenuto a contattare personalmente il paziente. La centrale

operativa controlla che ciò avvenga, inviando dei reminder allo specialista.

Quotidianamente inoltre il sistema Doctor Plus® svolge la funzione di "coach". Si è spesso osservato infatti che i pazienti cronici non sempre rispettano le prescrizioni del medico avendo un'aderenza alla terapia piuttosto bassa. Doctor Plus® evita che ciò avvenga: la centrale operativa monitora il paziente e lo incoraggia a seguire uno stile di vita sano e rispettoso del suo piano assistenziale individualizzato. La centrale può anche contattarlo per dargli consigli, in modo da rispettare il più possibile la terapia e

aumentare la consapevolezza del paziente verso la propria patologia.

«Quest'ultimo è un aspetto di Doctor Plus® che fa particolarmente piacere ai medici», fanno notare da Vree Health Italia, «anche perché il paziente non è un soggetto passivo di cure, ma viene reso più proattivo nella gestione della patologia di cui soffre. Sulla base di intervalli di tempo regolari, il servizio viene valutato sulla base di indicatori condivisi ad inizio servizio. In particolare si rileva se sono stati soddisfatti gli "obiettivi" come, ad esempio, la riduzione dei ricoveri in ospedale o degli accessi al pronto soccorso». Oggi grazie a convenzioni avviate con le amministrazioni regionali, Doctor Plus® è attivo in Veneto, in Lazio, Umbria, Toscana, Puglia, Calabria e in Friuli Venezia Giulia.

# UN TERRITORIO DI GRANDI INNOVATORI

DAL CENTRO DI RICERCA ALL'INDUSTRIA BIOTECNOLOGICA, ATTORNO AL CONCETTO DI SALUTE SI È RAFFORZATA UNA FILIERA PRODUTTIVA CHE PRIMEGGIA IN ITALIA E IN EUROPA. CON RICADUTE POSITIVE ANCHE PER L'ECONOMIA

**R**ECENTEMENTE IL PAPA ha ricordato le parole di Paolo VI che affermava come la politica sia "la forma più alta ed esigente della carità". Ha anche sottolineato come "di fronte alla cultura della illegalità, della corruzione e dello scontro, si è chiamati a dedicarci al bene comune, anche mediante quel servizio alla gente che si identifica nella politica". È nelle parole di Papa Francesco, infatti, nell'esempio che giunge ogni giorno dal suo operato, che Mario Melazzini, assessore alle Attività produttive, Ricerca e Innovazione di Regione Lombardia, ritrova il senso della suo lavoro quotidiano: «Credo che siano parole ricche di significato per chi soprattutto è impegnato ogni giorno in politica e in particolar modo a livello istituzionale: ci ricordano che al centro di ogni azione ci sia la persona e come bisogna operare con forte senso di responsabilità».

**A proposito di responsabilità, oggi la Lombardia è alle prese con la riforma più attesa della legislatura. Qual è il ruolo consegnato alla ricerca dal nuovo piano di sviluppo del sistema socio-sanitario lombardo?**

Direi che è stata destinata la massima attenzione, come è giusto che sia per uno dei settori più competitivi del nostro sistema qual è la ricerca. La Lombardia, infatti, in questi ultimi anni ha sviluppato attorno al concetto di salute un vero e proprio sistema di eccellenza, un comparto produttivo integrato che comprende, oltre alle attività delle strutture ospedaliere e dei centri di ricerca, gli importanti setto-

ri dell'industria farmaceutica, biotecnologica, biomedicale. Questi soggetti sono tutti impegnati in una rilevante attività di ricerca, di base, preclinica, traslazionale e applicata, caratterizzata sia da elevati contenuti tecnici scientifici testimoniati dall'importante produzione scientifica ma soprattutto finalizzata ad una concreta ricaduta in termini di benessere, sia in ottica di salute che economica. L'obiettivo che ci si è posti anche con la riforma è di continuare ad attuare politiche indirizzate a rafforzare il rapporto tra ricercatori, centri di ricerca e imprese, per favorire un efficace trasferimento tecnologico e incentivare gli investimenti nel settore, puntando in particolare, ma non solo, sui settori di eccellenza già presenti nella nostra regione. Ricordo in particolare che in Lombardia si trova il 60 per cento delle sperimentazioni clini-

che rispetto al totale nazionale, con 2.270 studi clinici, di cui il 45,7 per cento a Milano; il 70 per cento degli operatori italiani nel campo delle biotecnologie; il 60 per cento degli insediamenti farmaceutici produttivi a livello nazionale.

## «LA NOSTRA STRATEGIA DI SPECIALIZZAZIONE INTELLIGENTE CI CONSENTE DI ACCEDERE AI FONDI COMUNITARI DA IMPEGNARE IN PARTICOLARE NELL'INDUSTRIA DELLA SALUTE»

Vede nuove possibilità di cooperazione e sinergia tra pubblico e privato, industria e comunità scientifica?

Assolutamente sì, noi stiamo lavorando su questo fronte già da tempo perché siamo convinti che non sia possibile cre-

food, tecnologie per le smart communities, aerospazio, energia, tecnologie per gli ambienti di vita), intendiamo da qui ai prossimi anni incentivare il nostro impegno a favore di una strategia che prevede sempre di più la collaborazione tra diversi soggetti. Una concreta testimonianza di questo impegno è rappresentato dalla Smart specialisation strategy, ovvero la nostra strategia di specializzazione intelligente presentata e approvata in ambito europeo per accedere ai Fondi strutturali

MARIO MELAZZINI

«La Lombardia oggi investe l'1,6 per cento del suo Pil in ricerca, ma punta a raddoppiare» dice l'assessore alle Attività produttive, Ricerca e Innovazione



della nuova programmazione comunitaria 2014-2020, che prevede uno sviluppo integrato e sostenibile puntando su priorità di intervento concrete legate ad ambiti applicativi particolarmente promettenti e sfidanti. Abbiamo individuato 7 aree di specializzazione, tra cui in particolare emerge l'industria della salute, insieme a aerospazio, agroalimentare, ecoindustria, industrie creative e culturali, manifatturiero avanzato e mobilità sostenibile, che includono e ben rappresentano la gran parte dei soggetti economici e scientifici presenti nel territorio, e contribuiscono ad aumentarne la leadership nelle rispettive tematiche.

## Quali sono i numeri che accreditano la Lombardia come regione più innovativa d'Italia?

La Lombardia è la regione che in Italia investe di più in ricerca e innovazione, ovvero 1,6 per cento del proprio Pil: il nostro obiettivo è raddoppiarlo nei prossimi anni. Anche riguardo alla performance nel settore scientifico, la Lombardia è al primo posto in Italia e molto al di sopra della media europea. Siamo anche primi a livello nazionale per numero di

grandi imprese innovative. Quasi la metà dei brevetti italiani sono di provenienza lombarda così come, ad esempio, oltre il 50 per cento delle imprese biotecnologiche italiane sono in Lombardia. Sul territorio lombardo lavora il 20,3 per cento del personale impiegato in attività di ricerca e sviluppo in Italia; sono presenti 13 università, 18 Ircs (circa il 40 per cento del totale), di cui 4 pubblici e 14 privati, e oltre 500 centri di ricerca. Si registrano inoltre più di 70 spin-off universitari, che rappresentano l'11,5 per cento di tutti quelli presenti sul territorio nazionale.

## Quali e quante risorse possono venire allocate nel settore?

Dall'inizio di questa legislatura ad oggi abbiamo investito in ricerca quasi 180 milioni di euro, affiancati dai fondi per oltre 120 milioni di euro in gestione presso Finlombarda per le misure e le iniziative a sostegno della ricerca. Inoltre, con l'approvazione in ambito europeo del Por-Fesr 2014-2020, metteremo in campo da qui ai prossimi sette anni un corposo piano di investimenti in ricerca e innovazione, denominato InnovaLombardia, con cui mettiamo a disposizione risorse

pari a 1 miliardo di euro a favore della ricerca e dell'innovazione. Abbiamo già attuato la prima fase del piano con l'istituzione del Fondo di Rotazione per l'imprenditorialità Frim-Fesr 2020, anticipando 30 milioni di euro per finanziare progetti di ricerca industriale, sviluppo sperimentale e innovazione realizzati in Lombardia nell'ambito delle aree di specializzazione individuate dalla Smart Specialisation Strategy.

## In uno scenario profondamente mutato, quali criteri guidano o dovrebbero guidare l'apertura di nuove strade per garantire la sostenibilità della ricerca e dell'innovazione scientifica?

Il metodo di lavoro che ho proposto è stato quello di partire dall'ascolto, dal coinvolgimento e dal gioco di squadra al fine di poter avere a disposizione un'ampia condivisione su cosa e come Regione Lombardia intendesse operare. Tra le azioni condivise, ricordo la stesura di un Piano regionale per la ricerca, a cui tengo molto, finalizzato a contenere non solo principi, ma anche interventi a favore di chi fa ricerca con ricadute concrete sul territorio lombardo.



**L'industria farmaceutica è leader in Italia per investimenti in ricerca e sviluppo, seconda solo alla Germania in Europa per attività di produzione. Un settore in crescita sui mercati internazionali e che concentra la maggior parte delle sue risorse (27 mila addetti farmaceutici e 17 mila addetti nell'indotto) in Lombardia, prima regione farmaceutica e biotech. Ma quali azioni possono portare l'industria farmaceutica a fare da volano per il sistema paese? Lo abbiamo chiesto a due realtà eccellenzi**

**1** Secondo un recente studio A.T. Kearney, le attività di produzione farmaceutica generano circa 2,8 miliardi di euro di Pil, ossia il 31 per cento del totale del settore, il 34 per cento circa della sua occupazione, nonché 1,2 miliardi di euro di investimenti e 20,7 miliardi di euro di export. Quella farmaceutica è la prima industria hi-tech per presenza in Italia: cosa caratterizza il vostro know-how nel settore oggi, quali sono i vostri numeri e quali azioni possono garantire stabilità alla programmazione della filiera nel vostro ambito?

**2** A cosa state lavorando ora? Come si racconta e a quali pazienti e bisogni risponde il vostro approccio all'innovazione?

**3** La Lombardia – prima regione farmaceutica e biotech in Italia, con metà circa di addetti, produzione, ricerca e studi clinici rispetto al totale nazionale – è alle prese con la riforma più attesa della legislatura. Tra i punti fermi del nuovo piano di sviluppo del sistema sociosanitario regionale, una migliore gestione dell'aumento della cronicità. Il mutato scenario epidemiologico, l'inversione della piramide demografica, con conseguente invecchiamento della popolazione, e il cambiamento di stili di vita, hanno infatti completamente mutato le necessità assistenziali: quali sono, a questo proposito, attese e urgenze del vostro settore?

**RISPONDE RALPH FASSEY**

**1** QUEST'ANNO LUNDBECK CELEBRA i cento anni dalla sua fondazione: cento anni che ci hanno accreditati nel panorama dell'industria farmaceutica come azienda specializzata nel trattamento di patologie del Sistema Nervoso Centrale e che ha il coraggio di andare controcorrente rispetto ai competitor. Siamo rimasti infatti gli unici a investire in ricerca in un'area terapeutica tra le più difficili in cui poter sviluppare nuovi trattamenti, focalizzando sulla salute mentale tutta la nostra attività. Non solo, dal 2000 abbiamo investito oltre 40 milioni di euro nello stabilimento di chimica fine a Padova, scegliendo l'Italia come centro di produzione mondiale dei principi attivi dei nostri farmaci e come sede di un'intensa attività di ricerca che ha portato al deposito di 28 domande di brevetto. Oggi il sito produce oltre 25 principi attivi, per Lundbeck e per conto di altre 50 aziende: una produzione rivolta principalmente all'estero, dove fatturiamo oltre 30 milioni di euro e che genera, nell'indotto del territorio nazionale, un valore aggiunto pari a quasi 36 milioni. Un contributo importante per lo sviluppo del tessuto produttivo, insomma. E molto potrebbe ancora essere fatto per l'Italia con il sostegno di istituzioni e classe politica: i tagli cui è sottoposto continuamente il farmaceutico scoraggiano gli investimenti e non aiutano chi come me lavora quotidianamente per convincere la Casa Madre a continuare a scommettere su questo Paese e restare competitivi in un settore dove la tendenza a delocalizzare è fortissima. Affinché realtà come la nostra possano davvero fare da volano per il sistema Paese c'è bisogno di un vero sforzo normativo, regole certe e più trasparenza.



**RALPH FASSEY**  
Amministratore  
delegato  
Lundbeck Italia

Lundbeck Italia fa parte del Gruppo Lundbeck, multinazionale farmaceutica con sede a Valby – Copenaghen, presente in 57 paesi del mondo con quasi 6.000 dipendenti. Attiva in Italia da più di 20 anni, investe in ricerca, sviluppo e produzione di farmaci per le patologie del sistema nervoso centrale: depressione, disturbo bipolare, disturbi d'ansia, psicosi, Alzheimer, Parkinson, alcoldipendenza

**2** CI DEDICHIAMO ALLO STUDIO e alla cura delle patologie del sistema nervoso centrale di origine neurologica, come Parkinson, Alzheimer, Huntington e siamo rimasti gli unici a fare ricerca nell'ambito delle patologie mentali di origine psichica come ansia, depressione, psicosi, alcoldipendenza, ambito in cui il rischio di fallimento e l'alta percentuale d'insuccessi ha portato molte aziende a disinvestire. Per contro le patologie mentali stanno assumendo rilevanza crescente a livello mondiale: per dare le proporzioni, l'Oms stima che

la depressione possa diventare nel 2020 la seconda malattia più invalidante al mondo dopo quelle cardiovascolari e nel 2030 la patologia cronica più frequente e anche "onerosa". Più della metà dei pazienti depressi non riceve infatti un trattamento efficace e ciò produce disabilità lavorativa e sociale. Dopo aver lanciato lo scorso anno un nuovo antipsicotico per i pazienti affetti da schizofrenia – un trattamento che prevede una sola somministrazione mensile – ci prepariamo a immettere sul mercato un antidepressivo con un nuovo meccanismo d'azione 'multimodale' che permette quindi di evitare l'uso combinato di altri farmaci. Un vantaggio per i costi del servizio sanitario e per il paziente. Ma soprattutto è il primo efficace anche sui sintomi cognitivi legati alla depressione (perdita di memoria, difficoltà di concentrazione) che espongono il paziente a un alto rischio di ricaduta e impattano maggiormente sulla sua capacità di mantenere una vita attiva nel lavoro e nella società.

**3** LA RIFORMA PROMETTE UNA SANITÀ più vicina al territorio e una migliore gestione delle patologie croniche, tra le quali auspico vengano finalmente annoverate anche le malattie psichiatriche. D'altra parte proprio la psichiatria rappresenta un modello di presa in carico della cronicità che già risponde alle linee d'indirizzo della riforma, tese ad assicurare la continuità assistenziale: strutturandosi intorno a un unico dipartimento di salute mentale cui afferiscono il servizio di diagnosi e cura ospedaliero e centri di salute mentale territoriali, assicura e realizza il principio di continuità territoriale. Seguire il paziente nella globalità del suo percorso di cura e non a singola prestazione permette una razionalizzazione degli interventi che promette un reale beneficio per il malato e il sistema. In aggiunta è auspicabile anche superare la logica del budget "a silos" permettendo, ad esempio, che un maggiore investimento in una terapia innovativa sia valutato bilanciandolo con un risparmio in termini di minore ospedalizzazione o ricadute: il driver di scelta resterebbe così solo l'appropriatezza terapeutica. Vedo quindi con favore la proposta – attualmente allo studio nella nostra regione – di adottare il budget di salute in psichiatria che assicuri questa visione globale nella gestione del paziente

**RISPONDE FRANCESCA PATARNELLO**

**1** MOLTI STUDI DI SETTORE hanno dimostrato come il farmaceutico, in Italia, sia il volano della crescita industriale. In particolare, il biotech costituisce uno dei primi comparti per attività di ricerca, con un'intensità relativa in termini di addetti e investimenti circa 3,5 volte superiore rispetto al settore manifatturiero. Amgen è da 35 anni leader mondiale delle biotecnologie presente in aree come l'oncologia, l'immunologia, la nefrologia, l'emato-oncologia e più di recente l'osteoporosi e la cardiologia, grazie a investimenti importanti in R&D che ammontano, nel 2014, a oltre 4 miliardi di dollari (20 per cento del fatturato). Se penso, oggi, allo sviluppo di un'innovazione vedo il superamento della visione tradizionale, la ricerca sta uscendo dai confini aziendali: si creano network tra università, centri pubblici e privati, aziende; si valorizzano le competenze dei singoli attori e si rende più sostenibile tutto il percorso di vita del farmaco anche dopo la conclusione dell'iter regolatorio. Esempio emblematico è evolocumab, il primo anticorpo monoclonale per il trattamento dell'ipercolesterolemia, per il quale abbiamo appena sottomesso il dossier di rimborsabilità ad Aifa. L'Italia è stata protagonista nel piano di sviluppo clinico con 39 Centri coinvolti in tutta la penisola e un totale di 10 studi. Il successo di un così vasto programma di sperimentazione sta proprio nella qualità della partnership tra pubblico e privato: da una parte l'azienda ha avviato una collaborazione proficua con un elevato numero di strutture; dall'altra gli sperimentatori italiani sono riusciti ad attrarre investimenti importanti. Questo, in ultima analisi, è andato a beneficio dei molti pazienti senza alternative terapeutiche.



**FRANCESCA PATARNELLO**  
Direttore Value,  
Access & Policy  
Amgen

Amgen è una controllata del gruppo Amgen, la prima società al mondo nel campo delle biotecnologie focalizzata sulle terapie innovative per patologie gravi per le quali non esistono cure. Conta circa 17 mila dipendenti in 50 paesi. Presente in Italia dal 1992, è tra le aziende ai primi posti per investimento in ricerca, in rapporto al fatturato, negli ambiti della nefrologia, dell'onco-ematologia e dell'osteoporosi

blastica acuta PH al melanoma, nei prossimi due anni risponderemo ai bisogni medici non soddisfatti sia di patologie ad ampia diffusione che di malattie orfane cambiandone i paradigmi di cura. Ancora una volta penso all'ipercolesterolemia è entusiasmante immaginare che tra pochi mesi un paziente con valori di colesterolo superiori a 500 possa andare finalmente a target e sconfiggere, così, uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare.

**3** DA ANNI SONO IN ATTO processi trasformativi che impongono un ripensamento dello stesso modello di business farmaceutico, che da processo di vendita di farmaci sta evolvendo verso la fornitura e la gestione di risultati a valore aggiunto, ottenuti attraverso la collaborazione con nuovi e diversi attori della filiera dell'assistenza farmaceutica, in particolare, e sanitaria in generale. Stiamo andando verso ciò che Michael Porter ha definito la value based healthcare, una cornice di riprogrammazione dei sistemi sanitari nella quale il beneficio ultimo è a tutto vantaggio dei pazienti, un superamento, quindi, dell'ottica di accesso, di contenimento dei costi e dell'approccio a silos ed anche un modo diverso di affrontare il difficile argomento dei prezzi e dei tempi di attesa per la disponibilità dei nuovi farmaci per i pazienti. Se da una parte rimane importante garantire l'accesso all'innovazione, attraverso stabilità e certezza delle regole, più volte sollecitate anche dalla nostra associazione di categoria, è più urgente investire sull'empowerment dei pazienti perché, ad oggi, in Europa molti di essi non percepiscono il valore di un farmaco innovativo. Un paziente informato fa scelte più consapevoli, quindi le aziende, ma anche le istituzioni hanno il dovere di trovare punti d'incontro con le associazioni e i movimenti civici. Solo così saremo in grado di modificare e di fornire una governance appropriata dell'offerta di servizi in favore della salute. In questo senso l'adozione reale ed anche il "co-finanziamento" di processi che aiutino a prendere decisioni consapevoli come l'Health Technology Assessment e le politiche di costruzione, accesso e analisi dei flussi di dati amministrativi e clinici, inclusi i registri di monitoraggio, potranno nei prossimi anni cambiare completamente lo scenario ed anche attrarre investimenti in Italia in modo competitivo rispetto ad altri paesi europei.

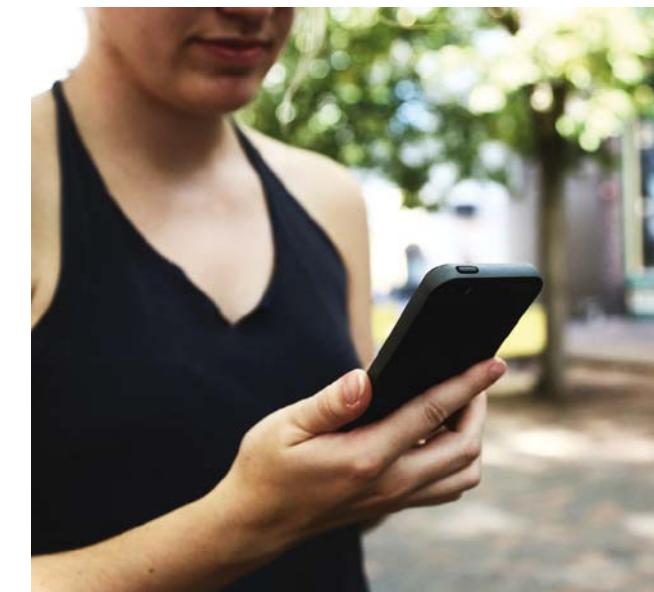
**S**ECONDO L'AIFA, l'Agenzia italiana di vigilanza sul farmaco, la spesa farmaceutica italiana nel 2014 è stata di oltre 7 miliardi di euro. Una cifra enorme, che impone l'urgenza di una razionalizzazione, possibilmente evitando tagli che ricadano sul cittadino. Mentre l'attenzione mondiale si concentra a Milano sui temi di Expo, il nutrimento del pianeta e l'equa distribuzione delle risorse, anche il mondo della sanità europea ha scelto proprio il capoluogo lombardo per riflettere su una più efficiente sostenibilità economica, con la mini expo tra il 25 e il 26 giugno "Modelli sanitari europei a confronto tra innovazione tecnologica, farmacologica e organizzativa" organizzata dall'associazione Motore Sanità.

Il tema della sostenibilità della spesa sanitaria tocca direttamente il cittadino, anzitutto per il livello di efficienza che può offrire all'intero sistema nazionale. Una razionalizzazione delle uscite, infatti, non implica per forza eliminare dei servizi, ma al contrario può significare renderli migliori evitando sprechi di risorse e denaro. Sul fronte della spesa, al convegno si è riflettuto ad esempio su una peculiarità della sanità italiana. Se infatti in altri settori la nostra pubblica amministrazione fa progressivamente un maggior ricorso alle nuove tecnologie per ridurre costi e migliorare la propria efficienza, nella sanità digitale nel 2013 gli investimenti sono stati di 1,47 miliar-

**APPFACILE**  
**LOCALIZZA I P.S. PIÙ**  
**VICINI E INDICA I**  
**TEMPI DI ATTESA,**  
**"DISTRIBUENDO"**  
**I PAZIENTI TRA PIÙ**  
**OSPEDALI. OFFRE I**  
**CONTATTI DI MEDICI E**  
**PEDIATRI DISPONIBILI**

di di euro, appena l'1,2 per cento della spesa sanitaria pubblica, meno del 4,6 per cento rispetto all'investimento del 2012. In questo panorama poco luminoso, perciò, acquisisce una significativa importanza una case history che va in controtendenza, quella di "Appfacile", lanciata dalla Asl Milano 1 e attiva dal 1° maggio 2015, in concomitanza con l'inaugurazione di Expo. Concepita inizialmente per i dispositivi Android, dal 26 giugno la app è divenuta disponibile anche su Apple store.

Trovarsi in un momento di emergenza senza sapere dove andare, o quanto tempo sarà necessario per ottenere una visita e una diagnosi medica è un problema davanti al quale ogni cittadino si è trovato almeno una volta nella vita. Appfacile, tramite la geolocalizzazione attiva ormai su qualsiasi smartphone, consente all'utente di conoscere in tempo reale la situazione di affollamento dei Pronto soccorso più vicini e di valutare subito dove recarsi per essere curato, evitando code o intasamenti. La app fornisce i tempi di attesa - ospedale per ospedale - suddivisi a seconda dei vari codici assegnati in triage, dal codice bian-



co al rosso. Inoltre offre i numeri di telefono e le disponibilità dei medici generici e dei pediatri più vicini. In questo modo, la Asl Milano 1 anzitutto garantisce un servizio utile al cittadino, ma al tempo stesso ottiene un risparmio dei costi e del personale sanitario, grazie alla ridistribuzione dei pazienti.

Non solo: la app consente agli utenti anche di contattare con facilità le farmacie aperte, anche di notte o nei giorni festivi. Permette inoltre di prenotare in modo semplice e veloce visite specialistiche e esami, di spostare o disdire gli appuntamenti, evitando lunghe attese al telefono. Appfacile è stata pensata non solo per i residenti, ma anche per i visitatori di Expo che si trovano a Milano per poco tempo, e offre una serie di informazioni utili ad accesso immediato. Ad esempio, la App traduce in sette lingue una serie di frasi utili in ambito medico, come "Ho mal di testa" oppure "ho mal di denti", consentendo di farsi subito capire dal medico. Oppure segnala i punti di ristoro per le neo mamme che possono fermarsi ad allattare (babypitstop) e le pensioni per gli animali d'affezione.

IN OCCASIONE DI EXPO

## UN'APP TAGLIA-CODE AL PRONTO SOCCORSO CHE PARLA 7 LINGUE

# Riprendersi dalla chemio è anche una questione di testa.



La chemioterapia può avere effetti diversi sulla vita delle persone: la Regione Lombardia supporta le donne in trattamento chemioterapico anche con un contributo economico per l'acquisto della parrucca.

Per maggiori informazioni chiedi al tuo medico o vai sul sito [famiglia.regione.lombardia.it](http://famiglia.regione.lombardia.it)

 **Regione  
Lombardia**

 EXPO  
MILANO 2015



**VISITE ED ESAMI ANCHE LA SERA E NEL WEEK-END?  
IN LOMBARDIA SI PUÒ, DA UN ANNO.**

Sempre più servizi per la salute,  
mantenendo il costo pro capite più basso d'Italia.

Informati su [www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it)



**Regione  
Lombardia**