



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

LE NUOVE SFIDE DELLA SANITÀ LOMBARDA

I risultati del progetto-ricerca
“Il Manager della Sanità Futura”

a cura di ECOLE
Enti Confindustriali Lombardi per l'Education

FrancoAngeli 

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate*
4.0 Internazionale (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

INDICE

PREFAZIONE. LA GENESI DEL PROGETTO	pag. 9
1. OTTIMIZZAZIONE DEI PERCORSI DI CURA PER LA MIGLIORE GESTIONE DEI PAZIENTI CRONICI E CON SPECIFICI BISOGNI	» 15
1.1. Premesse	» 17
1.2. Le direttrici della politica sanitaria	» 26
1.3. I cantieri aperti e la proposta di agenda regionale (le azioni “irrinunciabili”)	» 28
2. INNOVAZIONE TECNOLOGICA DEI PROCESSI	» 41
2.1. La questione strategica. Se non sai dove vuoi andare, probabilmente non ci arriverai (ma da qualche altra parte si...)	» 43
2.2. La questione governance. Competizione o cooperazione?	» 44

2.3. La questione tecnica. Capacità e competenza	pag. 45
2.4. La questione burocratica. Il red tape	» 49
2.5. La questione motivazionale. Gli incentivi	» 49
2.6. Una proposta per l'agenda regionale	» 50
3. PROCUREMENT STRATEGICO	» 55
3.1. Alla ricerca di un vero value-based procurement	» 57
3.2. Opportunità e necessità per una “manutenzione straordinaria” del <i>procurement</i> nel SSN	» 58
3.3. Le implicazioni del “quasi-monopsonio” pubblico	» 63
3.4. Una proposta per l'agenda regionale	» 63
POSTFAZIONE. PERCHÉ LEGGERE CON ATTENZIONE QUESTO RAPPORTO?	» 67
BIBLIOGRAFIA	» 73
GLI AUTORI	» 75

PREFAZIONE

LA GENESI DEL PROGETTO

a cura di *Lorenzo Minetti*
Responsabile Area Sanità, ECOLE

Viviamo in un sistema sanitario in continuo sviluppo, che ha trovato nella pandemia da Covid-19 un momento di oggettiva ed estrema difficoltà, ma che allo stesso tempo può essere considerato un acceleratore di processi organizzativi e tecnologici.

Un sistema duramente messo alla prova che ha dimostrato, ancora una volta, come solo una piena sinergia tra tutti gli attori della filiera dei servizi sanitari possa produrre efficaci esiti di salute.

In questo scenario di rapido e perenne mutamento, le organizzazioni sanitarie necessitano di manager sempre più preparati e consapevoli della loro centralità nel sistema.

Oggi l'innovazione non può prescindere dalla formazione.

In particolare in sanità non sono più sufficienti solo competenze tecniche e specialistiche (hard skill) e quelle comportamentali (soft skill).

La vera sfida si gioca nella capacità di lettura ed analisi dei sistemi nazionali e regionali, per meglio comprendere le dinamiche evolutive e disegnare le conseguenti strategie aziendali – anticipando in modo efficace le tendenze

di mercato e integrando trasversalmente le proprie competenze.

ECOLE, in collaborazione con Università degli Studi di Milano, Confindustria Lombardia, Farmaindustria, AIOP Lombardia, Cluster Lombardo Scienze della Vita, Accademia Lombarda di Sanità Pubblica e Fondazione Sanità Futura, ha quindi deciso di lanciare nel 2021 un progetto-ricerca sperimentale chiamato “*Il Manager della Sanità Futura*”, con l’obiettivo primario di declinare e suggerire possibili strategie di supporto della governance sanitaria lombarda, attraverso momenti di confronto, sensibilizzazione e formazione.

Il progetto ha previsto la creazione di gruppi di lavoro dove, con il coordinamento di ECOLE e la supervisione scientifica del Prof. Federico Lega del Centro di Ricerca e Alta Formazione in Health Administration dell’Università degli Studi di Milano, sono stati coinvolti:

- Membri di un Comitato Tecnico costituito ad hoc, formato da esperti del sistema sanitario regionale;
- Direttori di aziende sanitarie pubbliche e private;
- Delegati di aziende dell’industria healthcare.

La nostra volontà è stata quella di riunire posizioni ed interessi molto distanti tra loro, convinti che si potesse lavorare nella stessa direzione per proporre azioni operative in un’ottica di miglioramento generale di sistema.

Dal dialogo di questi attori sono emerse tre principali direttrici su cui concentrare l’attenzione:

- l’ottimizzazione dei percorsi di cura per la migliore gestione dei pazienti cronici e con specifici bisogni;

- l'innovazione tecnologica dei processi;
- il *procurement* strategico.

Questo *position paper* ha l'obiettivo di descrivere nel dettaglio le proposte emerse per ciascun tema, confermando come per affrontare le sfide del futuro sia necessario porsi orizzonti ambiziosi di sistema e creare costanti arene di dibattito e confronto.

In quest'ottica ECOLE si pone come punto di riferimento associativo e regionale a favore di tutta la filiera dei servizi sanitari, per garantire uno spazio di confronto pragmatico, di analisi dettagliata e di sensibilizzazione sui nuovi scenari. Riteniamo queste azioni prioritarie in un contesto dove, oggi più che mai, la condivisione strategica risulti necessaria per creare valore aggiunto e generare dialogo con le istituzioni.

**1. OTTIMIZZAZIONE DEI PERCORSI
DI CURA PER LA MIGLIORE GESTIONE
DEI PAZIENTI CRONICI
E CON SPECIFICI BISOGNI**

1.1. Premesse

I recenti avvenimenti legati alla pandemia Covid-19 hanno riaperto i riflettori sul contesto dei servizi territoriali, e sull'importanza del loro ulteriore sviluppo a livello infrastrutturale e organizzativo. In questo scenario si inserisce la questione della presa in carico e cura dei pazienti, con particolare riferimento alla cronicità. Come di seguito illustrato, il "fenomeno" è di massima rilevanza e importanza e desta molta preoccupazione la relativa scarsità di risorse umane e finanziarie di cui il SSN ed i diversi SSR dispongono per far fronte a questa sfida.

Da qui la necessità di rivedere i modelli di servizio e l'organizzazione del lavoro, usando anche le leve del *task shifting* e dello *skill mix* tra professionisti, nonché lo sfruttamento crescente delle opportunità offerte dalla tecnologia.

Nel prosieguo di questo paragrafo saranno messe in evidenza le premesse di cornice da cui si muove il resto del documento e da cui emergono le azioni di policy proposte per il SSR lombardo nello specifico, che potrebbero essere le basi fondative non solo di azioni imme-

diate e di più lungo periodo, ma anche di un PSSR ambizioso che la Regione ed il suo SSR attendono da oltre dieci anni.

- La cronicità e la fragilità in Italia hanno numeri “impressionanti”, a cui si aggiunge la cronicizzazione di diverse patologie acute, in primis quelle dell’area oncologica. Gestire la “longevità” in salute è una priorità assoluta per la politica sanitaria italiana:
 - l’Italia è un paese “anziano”, secondo l’ISTAT¹, oltre il 23,2% della popolazione (circa 13,9 milioni di abitanti) ha più di 65 anni. Le proiezioni della popolazione al 2035 ci danno una stima in riduzione complessiva da 60,5 a 57 milioni di abitanti (effetto della natalità limitatissima) e un aumento della quota degli ultrasessantacinquenni dagli attuali 13,5 milioni a quasi 18, con un aumento molto preoccupante dell’indice di dipendenza strutturale degli anziani;
 - il 40% dei residenti in Italia dichiara di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche, il 57% dei residenti tra i 55 e i 59 anni e l’87% degli over 75 soffre di almeno una malattia cronico-degenerativa, il 20% ha almeno due patologie e tra gli over 75 la percentuale tocca il 68% dei “grandi anziani”.

- Gli spazi di “miglioramento” nella gestione della cronicità sono numerosi e l’auspicio è che il rafforzamento della medicina del territorio, indicato come linea strategica del PNRR, possa rispondere alle cri-

¹ ISTAT, *Censimento Generale 2018 e 2019*.

ticità indicate dal rapporto sulle politiche della cronicità del 2019² (seppure vada osservato che si tratti di rilevazioni basate su percezioni):

- la prevenzione resta la cenerentola della sanità italiana: soltanto una associazione di pazienti su tre certifica la realizzazione di corsi di prevenzione a livello nazionale che, in oltre l'80% dei casi, sono promossi dalle stesse associazioni;
- molto carente l'integrazione tra assistenza primaria e specialistica (lo denuncia il 73%), così come la continuità tra ospedale e territorio (69%); il 41% denuncia, inoltre, la mancata personalizzazione delle cure;
- più di due associazioni di pazienti su tre (68%) denunciano lunghe liste di attesa: a esserne afflitti soprattutto i pazienti del Lazio, della Campania e della Calabria. Solo una su tre afferma che visite ed esami per la gestione della patologia sono prenotati direttamente dallo specialista, mentre la maggioranza dei cittadini deve provvedere autonomamente, attraverso il CUP (60%) o recandosi direttamente agli sportelli ospedalieri (28%);
- i Piani di cura personalizzati sono attuati solo in alcune realtà e per il 40% delle associazioni non esistono affatto. Anche i Percorsi diagnostico-terapeutici, laddove esistono, valgono solo per alcune patologie e soltanto in alcune regioni;
- in tema di assistenza ospedaliera, il 70% lamenta di doversi spostare dalla città in cui risiede; il 53%

² XVIII Rapporto Nazionale di Cittadinanzattiva sulle politiche della cronicità.

denuncia la mancanza di personale specializzato, uno su tre lunghe liste di attesa per il ricovero. Non sono pochi i casi di chi è costretto a pagare una persona che l'assista durante il ricovero (lo denuncia il 23%) e anche i casi di chi si porta i farmaci da casa (17%);

- nel caso delle RSA e lungodegenze, il primo problema è accedervi a causa delle lunghe liste di attesa (63%), segue come problematica la mancanza di specialisti (37%) e la necessità di pagare una persona per assistere il malato (26%);
- la riabilitazione non è totalmente garantita dal SSN, visto che per un'associazione su cinque il cittadino deve integrare a proprie spese per avere le ore sufficienti e uno su tre deve addirittura provvedere privatamente del tutto;
- non va meglio per l'assistenza domiciliare che, secondo l'82% delle associazioni, viene erogata solo in pochi casi; inoltre, per il 70% le ore non sono comunque sufficienti, per il 53% mancano figure specialistiche, in particolar modo lo psicologo;
- nell'ambito dell'assistenza protesica e integrativa, quasi il 60% lamenta tempi troppi lunghi per l'autorizzazione e più della metà la necessità di sostenere delle spese per l'acquisto di protesi, ausili e dispositivi non erogati dal SSN. Inoltre, una associazione su quattro rivela che i pazienti devono pagare di tasca propria per acquistare protesi e ausili in quantità sufficiente, o di migliore qualità, o più adatti ai propri bisogni;

- per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, in cima ai problemi si trova la spesa economica per farmaci in fascia C a causa delle limitazioni di budget da parte delle ASL e Aziende Ospedaliere (41%); segue la limitazione di prescrizione da parte del medico di medicina generale e pediatri (28%);
 - a detta del 54% delle associazioni, i bisogni psicosociali non vengono presi in considerazione: in particolare, mancano le forme di sostegno psicologico e di tutela sul lavoro (65%) nonché le forme di sostegno economico (51%);
 - infine, ultima nota dolente, l'aderenza terapeutica: per il 46% risulta difficile a causa dei costi indiretti, come i permessi sul lavoro o gli spostamenti; per il 30% a causa delle difficoltà burocratiche connesse alla terapia; per il 22% a causa della indisponibilità in farmacia o perché la terapia è troppo costosa.
- Circa 13 milioni di persone dai 15 anni in su risultano avere limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi. Complessivamente si tratta del 25,5% della popolazione residente di pari età. Il 61% di questi (7.930.000) sono anziani. Il 23,4% riferisce di avere limitazioni gravi, cioè circa 2,8 milioni di persone. Persone che hanno rilevanti bisogni di *long term care* (LTC), spesso residenziali e semiresidenziali o di assistenza domiciliare complessa, a cui si aggiungono i pazienti in fine vita (circa 0,5 milioni)³.

³ Dati ISTAT rielaborati da Rapporto OASI 2020.

- Per affrontare con maggiore efficacia la sfida di cronicità e fragilità sono emersi negli ultimi anni nuovi “paradigmi” che ispirano la nuova normalità attesa nell’organizzazione e gestione del problema di salute⁴:
 - il passaggio *dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa*, che prevede un’azione fondata sulla sistematica valutazione dei bisogni sanitari della popolazione e l’implementazione di interventi sistematici per specifici gruppi di popolazione (es: rivolti al cambiamento degli stili di vita o al miglioramento delle condizioni di vita). Una particolare attenzione dovrà essere posta alla prevenzione primaria e secondaria e – come messo in evidenza dalla recente crisi Covid-19 – sul tema dei vaccini;
 - il cambiamento del paradigma nella relazione tra medico e paziente (assistito), dall’idea della *compliance* a quella della *concordance*, una «negoiazione tra uguali al fine di stringere una alleanza terapeutica». Il paziente non è più un mero esecutore di quanto il medico prescrive, è un co-decisoro e co-produttore, soprattutto quando le decisioni impattano pesantemente sulla sua qualità della vita;
 - il passaggio *dalla medicina generale alle cure primarie allargate e alla gestione della complessità*. Appare evidente come la figura del solo medico di medicina generale (MMG) non possa reggere la sfida della cronicità per i suoi assistiti. La natura assistenziale dell’intervento sui cronici pre-

⁴ F. Lega, *Economia e Management Sanitario*, EGEA, Milano, 2020.

vede forme organizzate di integrazione anche di natura interistituzionale. Pertanto, emergono due percorsi inevitabili. Da un lato l'associazionismo della Medicina Generale, che evolve verso il concetto di unità complessa di cure primarie. Dall'altro, nelle UCCP (unità complesse di cure primarie) non è più presente solo il MMG, ma vi sarà una pluralità di professionisti: dal riabilitatore, al logopedista, all'assistente sociale, all'infermiere ecc. chiamati a collaborare su base stabile per dare continuità alle cure degli assistiti con quadri di salute complessi;

- ripensare la rete di offerta per creare dei punti unici di accesso (PUA), o porte medicalizzate, o punti di primo intervento o altri meccanismi integrativi che permettano all'assistito e al suo familiare di avere facile accesso alle cure e di semplificare l'interlocuzione tra sistema sanitario e paziente;
- l'integrazione tra ospedale e territorio oltre le dimissioni difficili, per gestire il meglio possibile il paziente «fragile», ossia quel paziente che ha numerosi rientri in ospedale a causa di una condizione complessa del suo quadro di salute che non viene gestita bene né in fase di stabilizzazione in ospedale, né per la presa in carico sul territorio. Occuparsi di questi pazienti implica un cambio di paradigma nell'idea di cosa sia l'integrazione ospedale-territorio, che non può ridursi alla gestione delle dimissioni difficili – pur restando queste centrali – ma deve evolvere verso una maggiore comunicazione e lavoro integrato su tutta la filiera di

- pazienti a forte rischio di transito tra i «vasi comunicanti» del territorio e dell'ospedale;
- il riconoscimento della centralità della *patient experience*: la presa in carico non va intesa solo come ciò che il paziente deve fare in un certo periodo (PAI), ma deve considerare globalmente il vissuto del paziente. Se la sanità fosse un servizio da acquistare, il paziente perché dovrebbe sceglierci?;
 - la creazione di un consolidato sistema di “*connected care*”, sia in ottica di prevenzione dei pazienti potenziali, sia in ottica di cura dei cronici e dei fragili (grazie all'uso dei device di monitoraggio e di sistemi connessi tra pazienti, medici e aziende sanitarie).
- La riforma lombarda del 2015 per gestire la cronicità è stata una buona riforma nelle intenzioni, e nel disegno, ma con diverse lacune implementative. Occorre tuttavia ricordare che costruire un sistema istituzionale-sociale quale un SSR è sempre e comunque un “esperimento” organizzativo, frutto di convergenze tra diverse razionalità (politiche, istituzionali, sociali, professionali, territoriali ecc.) tutte con una qualche legittimità a essere rappresentate nel percorso di scelta, e con una “realizzazione” sempre complessa, a fronte del mutamento delle condizioni e del contesto su cui inizialmente erano state progettate e disegnate le scelte. Tutto questo per sottolineare che i risultati registrati dopo l'ultima riforma del SSR Lombardo possono essere stati inferiori alle attese, principalmente per la necessità di

un intervento implementativo più incisivo sostenuto da una maggiore chiarezza di ruoli e compiti negli attori del sistema (assessorato, ATS, ASST, MMG), ma che, in generale, come anche testimoniato dal rapporto valutativo di AGENAS, si è trattato di un'evoluzione positiva del Sistema.

- La crisi Covid-19 e l'evoluzione naturale del settore salute hanno messo in evidenza nuove opportunità di cui la gestione della cronicità e fragilità non potrà fare a meno:
 - la tecnologia (devices portabili, la telemedicina, il monitoraggio in remoto, i sistemi intelligenti, ecc.);
 - l'attivazione di centrali operative per il coordinamento della filiera di cura e assistenza. Gestire cronicità e fragilità non sono mestieri per il singolo professionista, ma richiedono un sistema con un'organizzazione a rete;
 - gli investimenti già in atto e previsti nel futuro a breve termine per il potenziamento degli organici del personale, con la previsione dell'arrivo di numerosi infermieri e altri professionisti sanitari che potranno sostenere lo sviluppo di più efficaci politiche di presa in carico;
 - gli investimenti previsti nelle case della comunità, vero centro nevralgico del sistema di offerta integrato a sostegno della presa in carico e cura.

1.2. Le direttrici della politica sanitaria

Stante le sfide e opportunità evidenziate nel precedente paragrafo, cinque sono emersi come i “pilastri” della politica sanitaria dell'immediato futuro:

1. *I fattori di rischio prima della malattia e gestione per “livelli” di complessità*

La stratificazione della popolazione deve cominciare con l'individuazione dei pazienti ancora non soggetti a patologia ma con fattori di rischio importanti su cui intervenire precocemente con programmi di educazione sanitaria e prevenzione primaria e secondaria. A seguire per ogni livello di stadiazione della patologia cronica (esordio, media complessità, alta severità) occorre costruire un modello di servizio “base” che preveda quanto e quale tipo di sorveglianza e accompagnamento sia indicata per la combinazione paziente/patologia.

2. *Preso in carico vs. preso in cura nella matrice clinica-assistenza*

I pazienti cronici sono “differenziabili” in funzione dello stadio di severità della patologia da cui sono afflitti e della complessità della situazione assistenziale che li caratterizza (grado di autosufficienza e supporto del *caregiver*). In questa prospettiva l'ottimizzazione del loro percorso di presa in carico e cura deve arrivare a individuare la figura professionale meglio indicata per la supervisione (proattiva) del paziente: MMG, infermiere, assistente sociale, specialista, ecc.

3. *Ruoli*

Lo sviluppo delle funzioni del “tutor clinico” (cui spetta coordinare la definizione del piano di assistenza individuale) e del “*case manager*” organizzativo (cui spetta gestire il percorso erogativo e di sorveglianza) nella presa in carico dei processi/percorsi di cura richiede “*capacity*” che oggi supera quella messa a disposizione da MMG e sistema. L’arrivo degli “infermieri di famiglia”, la rivalutazione e l’integrazione con i ruoli nei servizi sociali, l’individuazione di nuove figure tra i professionisti sanitari, il coinvolgimento “istituzionale” dei *caregiver* sono quattro delle principali piste di lavoro che il sistema potrebbe perseguire per dotarsi di ruoli, competenze e “volume” necessari a gestire meglio la crescente coorte di pazienti cronici e con fattori di rischi.

4. *Strumenti tecnologici*

La tecnologia portatile, quella “domestica”, l’automazione, i sistemi “smart” o intelligenti, sono ormai una realtà che apre nuovi scenari alla possibilità di generare una sorveglianza attiva e una connessione continua tra sistema e assistito. Priorità del sistema (SSR Lombardo e aziende) è lo sviluppo di una strategia di sviluppo tecnologico “complessiva” e prospettica. E soprattutto “sistemica”, per allineare le traiettorie di lavoro e l’investimento delle diverse aziende.

5. *Cooperazione inter-istituzionale*

La produzione di “valore” nella gestione del paziente cronico-fragile richiede e può beneficiare di una forte collaborazione tra diversi soggetti del set-

tore salute: sistema e sue aziende, industria, terzo settore, *caregiver*. Ciò implica la sperimentazione di forme di partnership strutturate, ove necessario contrattualizzate, per mettere al servizio della presa in carico le capacità e competenze presenti in ciascun ambito. In questa prospettiva assume rilevanza lo sviluppo di una *governance* stabile e l'elaborazione di strategie di sviluppo e sperimentazioni condivise.

1.3. I cantieri aperti e la proposta di agenda regionale (le azioni “irrinunciabili”)

Sono stati individuati una serie di “cantieri” su cui il SSR Lombardo potrebbe concentrare l'attenzione per sostenere il “salto di qualità” del processo di gestione dei percorsi di cura e presa in carico.

- *Misurare meglio e trasformare il dato in informazione*

Si raccoglie nel sistema una mole significativa di dati, ma mancano l'analisi critica, la messa a sistema e la possibilità di trasformare il dato in informazione utile alle decisioni e valutazioni. L'affidabilità e certezza del dato, la messa a disposizione del sistema e l'integrazione e lettura combinata sono piste di lavoro prioritarie del sistema. Nello specifico, quattro sono le azioni “irrinunciabili” a cui l'SSR Lombardo deve porre attenzione, con le seguenti priorità di intervento:

- costruzione di *una dashboard/cruscotto direzionale a livello regionale* che permetta di apprezzare

zare le “*performance*” dei diversi territori (a livello di ATS, di distretti, di medicina di gruppo o singolo MMG) con riferimento a indicatori traccianti lo stato di salute della popolazione e l’azione svolta dalle aziende sanitarie operanti sullo stesso territorio (ATS, ASST, privato accreditato e soprattutto MMG/PLS). La dashboard dovrebbe includere indicatori di salute (con crescente attenzione anche ai fattori di rischio utili per sviluppare medicina di iniziativa), di esito, di processo (es. vaccinazioni, liste di attesa, tempi di risposta, tempi di presa in carico ecc.), di consumo (farmaci, diagnostica, devices, specifiche prestazioni ecc.), di investimento (rinnovo tecnologico, infrastrutturale), di dotazione (infermieri, medici e altri professionisti in rapporto alla popolazione, posti letto residenziali, posti letto per acuti, ecc.) ed infine di realizzazione di precisi progetti strategici di rilevanza regionale (riconfigurazioni, costruzioni reti, trasformazioni organizzative). La costruzione della dashboard richiede una informatizzazione significativa dei flussi per garantire un tempestivo movimento del debito informativo, ma potrebbe diventare uno strumento fondamentale di governo del SSR, di apprezzamento del lavoro delle direzioni aziendali, di stimolo alla collaborazione interistituzionale e pubblico-privata, di opportunità per sviluppare incentivi (finanziamento corrente, investimenti, ecc.) collegati alla performance del territorio;

- *i dati acquisiti dalla Regione* tramite il debito informativo di cui sopra, e quelli comunque già rac-

colti correntemente, con le opportune spiegazioni e interpretazioni che considerino le specificità dei territori e le situazioni pregresse e le contingenze, *dovrebbero essere messi a disposizione in forma pubblica e con formati lavorabili*, per consentire elaborazioni e ricerca clinica, organizzativa e sociale di cui il sistema potrebbe giovare. Inoltre, la rendicontazione esterna e la trasparenza sui dati e sulla dashboard sono strumenti di *accountability* del sistema e un potente incentivo a porre attenzione alle aree di miglioramento;

- è fondamentale un *potenziamento degli scambi di informazioni e dati tra i livelli del sistema*, in particolare MMG e ospedali/specialisti devono poter condividere le cartelle e la storia clinica dei pazienti che transitano da un setting assistenziale al domicilio e viceversa. Dovrebbe essere regola e prassi che decisioni, prescrizioni e analisi siano trasferite “nel sistema” e non portate dal paziente stesso quale anello di congiunzione tra professionisti e strutture;
- prerequisiti per tutti i punti precedenti sono *le questioni relative alla “privacy”*, che oggi rallentano o diventano alibi per non accelerare o risolvere le questioni di trasferibilità/accessibilità ai dati dei pazienti, dovrebbero essere affrontate in maniera organica e con un chiarimento definitivo (aggiornabile con l’evoluzione del quadro normativo) a favore dei professionisti stessi, con un connesso quadro regolamentativo e di doveri e poteri che permetta loro di sapere con certezza cosa sono tenuti a fare e cosa devono aspettarsi

o possono pretendere dai colleghi/strutture erogative. In questa prospettiva è auspicabile un coinvolgimento sistematico e continuo del Garante della Privacy nei processi di “digitalizzazione” della sanità, di modo da renderlo compartecipe delle sfide e soprattutto meglio informato delle ragioni e necessità del SSN/SSR.

- *Ripartire dal Piano Nazionale Cronicità (PNC)*

Il PNC definisce in maniera puntuale le attese di “costruzione” del sistema per la presa in carico della cronicità. Regione Lombardia può trarre ulteriore ispirazione dal PNC come *benchmark* e *check-list* per lo sviluppo del suo sistema di presa in carico e gestione della cronicità. Il Piano Nazionale Cronicità è poco applicato.

Poche regioni, se non formalmente, hanno recepito il piano cronicità del 2016 e ancor meno hanno cercato di metterlo in atto. Peraltro, va sottolineato come il piano cronicità non ponga il focus su molte patologie che dovranno invece essere “centrate” meglio nelle politiche dei sistemi regionali intenzionati a fronteggiare la sfida della cronicità in tutte le sue manifestazioni.

Un punto di attenzione specifico con riferimento a quanto indicato dal PNC è quello collegato al monitoraggio dell’aderenza terapeutica. Priorità strategica dovrebbe essere quella di sviluppare metodi e strumenti per favorire il monitoraggio sul singolo paziente o sulla popolazione di un territorio, da cui generare retro-azioni e incentivi “su misura”. Il “costo”

della non aderenza giustifica ampiamente uno sforzo significativo in questa direzione.

- *Lavorare con la medicina generale*

Serve una strategia di sistema (e nelle singole aziende sanitarie) per intensificare la collaborazione con la Medicina Generale, oltre la classica relazione sindacale-contrattuale. Occorre produrre identità e appartenenza, definire una metrica valutativa di partecipazione attiva agli obiettivi di sistema, consolidare la strategia di sviluppo della loro integrazione in medicine di gruppo e nelle future unità complesse di cure primarie. Offrendo ai MMG gli strumenti per poter lavorare meglio (supporto amministrativo e delle professioni sanitarie) e dando loro l'opportunità di partecipare allo sviluppo dei programmi relativi ai servizi territoriali dell'azienda. Può essere utile inoltre sviluppare il concetto di "presa in carico erogativa", individuando attori che possano erogare più prestazioni in maniera integrata, una specie di braccio operativo del MMG che arrivi dove questo non ha tempo e modo di arrivare. Il MMG potrebbe quindi avvalersi di un *global provider*, un soggetto privato contrattualizzato dall'azienda attraverso il quale coordinare ed erogare tutte le prestazioni necessarie: dal device, alla tecnologia, fino all'atto assistenziale (*home-care provider*). Servono incentivi mirati e una migliore "occupazione" degli spazi consentiti oggi dai perimetri normativi che indichino in modo chiaro la responsabilità e il ruolo della Medicina Generale.

In particolare, queste sono le azioni che dovrebbero costituire l'agenda strategica regionale per la Medicina Generale (che include anche i Pediatri di Libera Scelta):

- *garantire al MMG flussi informativi costanti con gli indicatori di performance traccianti*, per orientare e motivare l'attenzione e responsabilizzarlo nelle sue attività. Serve il consolidamento di una *accountability* condivisa e robusta nei confronti della Medicina Generale. Ogni MMG o gruppo di MMG dovrebbe quindi avere un sistema di apprezzamento della performance (multidimensionale, tipo *balance scorecard*), a cui si possano collegare azioni di *feedback* operativo dalle aziende per cui lavorano e il sistema di incentivi previsto dal quadro normativo. Anche per questo motivo risulta fondamentale implementare il livello di digitalizzazione, sia sotto il profilo dell'aggiornamento delle competenze sia dal punto di vista della dotazione e dell'uso delle tecnologie digitali connesse e interoperabili con pazienti e aziende sanitarie;
- particolare attenzione dovrà essere posta nel *fissare obiettivi sulla popolazione del MMG relativi ad aderenza, appropriatezza e gestione dei fattori di rischio*, per ingaggiare il MMG nelle politiche di "*population health management*" e medicina di iniziativa prioritari per l'agenda del SSR;
- *garantire al MMG flussi e trasferimento di informazione sui propri pazienti* in uscita/trattamento presso le strutture sanitarie. In tal senso è fondamentale il loro coinvolgimento (e quindi corre-

sponsabilizzazione nel successivo monitoraggio e presa in carico) nelle decisioni critiche di dimissione o avvio a specifico iter di trattamento post-acute;

- *avviare un piano di monitoraggio regionale* sulle azioni che le singole ATS/ASST pongono in atto per ingaggiare i MMG sui propri territori. Deve essere una priorità aziendale incorporare i MMG nella “filiera di produzione” aziendale, formalmente e nella sostanza. Ogni azienda pubblica deve avere un “progetto” per la Medicina Generale, un obiettivo strategico di massima rilevanza;
 - *costituire una cabina di regia regionale dedicata allo steering*, ossia un luogo per la facilitazione e il controllo dell’attuazione di quanto detto sopra;
 - *supervisionare, da parte della Regione, gli interventi e sforzi che le singole aziende devono fare per valorizzare la Medicina Generale rispetto alle attese di contributo/comportamento nella riconfigurazione e trasformazione del SSR e delle sue priorità di azione*. L’allineamento sulle azioni in corso, il perché delle decisioni prese, le priorità e ogni comunicazione sensibile non possono essere lasciate in mano a strumentalizzazioni di qualsiasi tipo, ma devono seguire un percorso chiaro e trasparente guidato dalla cabina di regia regionale, con una comunicazione chiara sia verso gli stessi MMG (PLS), sia verso i media.
- *Sviluppare il case management come “sistema”*
Occorre superare la concezione che il *case management* sia un mero problema di “delega” a un pro-

fessionista della responsabilità. È uno sforzo di “sistema”, che richiede strumenti e processi organizzativi strutturati, a partire dall’attivazione delle centrali di continuità territoriali fino allo sviluppo di azioni e strumenti di monitoraggio a livello aziendale e distrettuale.

Occorre poi definire meglio chi deve interpretare il ruolo di *case manager* in relazione alla specificità dell’assistito. In Lombardia in casi semplici potrebbe essere lo stesso MMG, ma allo stato attuale (per numeri di pazienti, riscontro economico, attrezzatura tecnologica ecc) i MMG non possono fare tutto. Inoltre, si creerebbe disparità intraregionale tra chi aderisce e chi no. Il *care manager* sarebbe una figura esterna, cioè un raccordo esterno al MMG? Potrebbe essere un facilitatore tra ospedale e territorio? Inoltre, ci sono criticità su come vengono svolti questi due ruoli perché spesso sbagliamo a misurare, manca una vera funzione di “radar”: misuriamo il PAI, non l’*outcome* e fare il PAI non significa produrre salute, è condizione necessaria ma non sufficiente. C’è infine una grande opportunità per un *task-shifting*: nel Nord Europa il *care manager* è un infermiere e non un medico, e l’avvento dell’infermiere di famiglia (e quello di comunità) offre opportunità importanti.

Due sono le azioni “irrinunciabili”:

1. acquisire “risorse umane” per i ruoli di *case manager* (o dovremmo dire oggi di “*patient journey management*”). Dare spazio nelle aziende per potenziare, dietro approvazione di un piano specifico, le dotazioni necessarie a costruire la fun-

zione di “*case management*”; e quando necessario mettere a disposizione le stesse risorse alla Medicina Generale;

2. attivare la cabina di regia regionale perché definisca in modo univoco le linee guida sul “modello di servizio” che le diverse aziende sanitarie devono adottare nello sviluppare la funzione di *case management*, onde favorire una progressiva omogeneizzazione ed equità di trattamento su tutto il territorio lombardo, nonché l’attenzione a sviluppare logiche di *service modelling* in funzione dei target differenziati di popolazione da servire.

- *Interoperabilità piattaforme*

Ancora oggi i sistemi informativi e i flussi di informazioni sono caratterizzati da logiche silos.

Qui l’azione irrinunciabile è la creazione di un “*datawarehouse virtuale*”, in cui far confluire i dati oggi prodotti dalle diverse “isole”, con particolare riferimento a quelli acquisibili/generati dal MMG/PLS, oggi spesso non dialoganti tra di loro e con il resto del sistema. Qui serve, come poi approfondito nel capitolo dedicato all’innovazione, uno sforzo di Regione nel consolidare una cabina di regia centrale e nello sviluppare una strategia chiara di potenziamento delle piattaforme tecnologiche a supporto della produzione e dei flussi dati.

- *Gli strumenti per il monitoraggio dell’aderenza*

Occorre identificare in modo univoco e diffuso nel sistema quali strumenti facilitino la gestione della

presa in cura/carico, permettendo un *tracking* della situazione in maniera puntuale, per gestire l'agenda degli appuntamenti, verificare l'esecuzione, avere una mail corretta per le comunicazioni, definire quali altri canali utilizzare, sviluppare l'uso della telemedicina e altri strumenti di monitoraggio e interazione ecc.

Le azioni necessarie da parte della Regione sono:

- sviluppare una strategia e un programma per l'adozione di strumenti digitali comuni tra le aziende/MMG, onde evitare "frammentazioni" e duplicazioni che rendono non interoperabili i meccanismi di tracciamento e relativi flussi di dati;
 - produrre una ricognizione di sistema sui fabbisogni relativi al monitoraggio dell'aderenza, per orientare ricerca e industrializzazione;
 - produrre direttive/incentivi per le aziende sanitarie e incentivi (formazione/accessibilità ecc.) per il paziente per l'adozione precoce degli strumenti digitali di monitoraggio.
-
- ***Premiare la salute oltre alla prestazione***
Occorre costruire una metrica di misurazione e valutazione dell'applicazione dei percorsi e della presa in carico centrata oltre che sulle misure di processo su indicatori di esito.
In particolare, andrebbe incentivata, come già anticipato, l'azione dei MMG e delle aziende sanitarie nella gestione proattiva dei fattori di rischio, oltre alla costruzione di una dashboard relativa a esiti o *proxy* di misure di salute.

- *Fare squadra per co-creare e co-produrre*
Stimolare la co-produzione, coinvolgendo ancora meglio paziente e *caregiver* e tutta la filiera del settore della salute nell'erogazione del servizio, è importante per diverse ragioni stante l'interesse collegato a una molteplicità di *stakeholder* riconducibili a⁵:
 - il contesto politico, che vede la co-produzione come una soluzione che aumenta le condizioni di sostenibilità del sistema sanitario mettendo a factor comune le risorse impiegate dal SSN/SSR con quelle nelle disponibilità dell'assistito;
 - il contesto professionale, che considera la co-produzione come elemento in grado di alleggerire il carico di lavoro a "basso valore aggiunto professionale" sul professionista erogatore di prestazioni cliniche e assistenziali e di responsabilizzazione alla "*compliance*" da parte dell'assistito con ritorni importanti sugli esiti dei processi di cura e assistenza;
 - il contesto sociale, e quindi gli assistiti, che hanno un interesse a farsi parte attiva dei propri processi di cura e assistenza per diverse ragioni: (i) per promuovere approcci di relazione con il professionista basati più sulla "*concordance*" che sulla semplice "*compliance*"; (ii) per governare e sfruttare nel modo più efficace la messa a sistema delle proprie risorse aggiuntive; (iii) per affermare la propria libertà di scelta nei confronti dei possibili erogatori di prestazione cui ri-

⁵ F. Lega, *Economia e Management Sanitario*, EGEA, Milano, 2020.

volgersi per dare compimento al proprio percorso di cura, ecc.;

- l'industria, tra cui la farmaceutica e la biomedicale, che vede nella co-produzione un meccanismo per contribuire al miglioramento della gestione dell'assistito che si avvale dei supporti tecnologici (come i sistemi di monitoraggio e sorveglianza, altri sistemi digitali, ecc.) e operativi (personale dedicato, logistica specifica, ecc.) dell'industria stessa per gestire le attività di co-produzione.

- *Riconoscere i nuovi setting di cura*

Il domicilio, che deve essere meglio rivalutato come luogo di erogazione privilegiato, non è riconosciuto come *setting* assistenziale, ma vi si erogano prestazioni a pazienti cronici gravi che richiedono la cooperazione tra diversi professionisti. Attività complessa da organizzare, costosa, in un contesto poco "sanitario", ma il migliore per gestire il grande anziano e in generale servire il paziente producendo una "*patient experience*" di qualità.

Un altro *setting* fondamentale è quello dell'Assistenza Domiciliare Integrata. In particolare, l'approvazione del recente atto di intesa adottato dalla conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, n. 151/CSR con data 4 agosto 2021, prevede entro 12 mesi lo sviluppo di sistemi e strumenti per l'autorizzazione, accreditamento e tariffazione delle cure domiciliari, aprendo quindi nuovi scenari per il con-

solidamento di un *setting* assistenziale che è centrale nel futuro della sanità moderna. In tale contesto appare irrinunciabile una revisione dei sistemi di accreditamento e remunerazione dell'unità di offerta ADI, valorizzando i contributi degli erogatori capaci di integrare all'assistenza medico-infermieristica, anche servizi di telemonitoraggio e sorveglianza, gestione di terapie complesse e ausili tecnologici, nell'ottica di una sorta di "presa in carico erogativa" del paziente a domicilio.

Un utile punto di partenza potrebbe essere quello di realizzare un accreditamento degli operatori che gestiscono terapie domiciliari complesse quali ad esempio l'ossigenoterapia, la ventilazione meccanica o la nutrizione domiciliare – sulla scia di quanto avviene ad esempio in Francia con i *Prestataires de Santé à Domicile* – definendo per tali terapie tariffe di riferimento regionali o sviluppando un concetto di "DRG domiciliare" per patologia o percorso diagnostico terapeutico.

In questa luce, irrinunciabile azione della Regione Lombardia sarà quella di adottare e sviluppare nel più breve tempo possibile tali sistemi e strumenti, ponendosi anche come punto di riferimento nazionale e comunque all'avanguardia nel consolidare le modalità migliori, più sicure ed efficienti di erogazione dell'assistenza domiciliare.

2. INNOVAZIONE TECNOLOGICA DEI PROCESSI

Regione Lombardia ha le dimensioni, condizioni e capacità per essere un punto di riferimento nell'innovazione tecnologica a livello mondiale.

E per molti aspetti lo è già.

Tuttavia, la sensazione è che non riesca a valorizzare e dispiegare il pieno delle sue potenzialità, in particolare se comparata ad altre aree/cluster di livello Europeo (es. Barcellona) o Mondiale (ad esempio Boston).

Quali possono essere le spiegazioni di questa under-performance del SSR e del settore *lifescience* lombardo?

2.1. La questione strategica. Se non sai dove vuoi andare, probabilmente non ci arriverai (ma da qualche altra parte si...)

Manca una visione di sistema regionale complessiva, ed è altrettanto debole la capacità di svilupparne una a livello aziendale. Ad oggi non vi è un documento programmatico del SSR Lombardo che tracci in modo esaustivo le direttrici principali della auspicata innovazione

tecnologica a supporto della trasformazione dei servizi sanitari e sociosanitari. Non vi è una visione o ambizione di sistema chiara e “responsabilizzante” per le aziende sanitarie, né vi è un quadro di riferimento cui possano ispirarsi le imprese del settore *lifescience*. L’innovazione, quando si produce, avviene principalmente per emersione e spinta dal basso, senza che sia “guidata” dal Sistema. Inoltre, nelle aziende sanitarie si avverte la mancanza di una figura professionale che abbia la capacità di produrre una visione organizzativa sull’innovazione tecnologica e orientare l’organizzazione strategicamente sulle traiettorie prioritarie, disegnandone la *roadmap* e accompagnandone l’esecuzione.

L’approccio che domina è un approccio di tipo reattivo e non proattivo: non si anticipano le necessità, ma si reagisce sulla base di ciò che accade all’interno del sistema.

Al contrario l’innovazione ha bisogno di una visione per poter essere perseguita in modo efficace, e con una pianificazione, meglio se di medio-lungo termine, le aziende (sanitarie/industria) potrebbero meglio orientarsi e guidare gli investimenti.

2.2. La questione governance. Competizione o cooperazione?

Manca una cabina di regia regionale che faciliti il dialogo tra aziende, e quello tra aziende e settore più ampio del *lifescience*, perdendo quindi occasioni per generare sinergie ed evitare ridondanze e duplicazioni. Se la competizione è un motore dell’innovazione, l’eccesso e la mancanza di una regolazione di sistema produce una

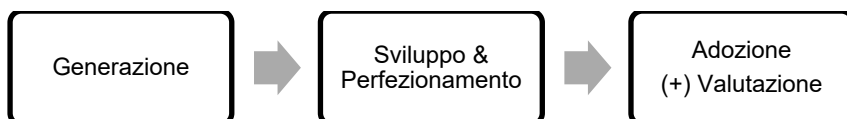
frammentazione che si riverbera in un minore potenziale competitivo a livello internazionale, oltre che nel costo-opportunità delle mancate economie di scala e nelle implicazioni nei modi e tempi con cui si genera l'innovazione causando la protezione dei dati, le guerre di territorio, la parcellizzazione dei finanziamenti e la mancata collaborazione tra gruppi e aziende che perseguono le stesse traiettorie di innovazione. Forse è necessario passare dal paradigma della competizione "sregolata" a quello della "coopetizione" favorita dalla *governance* di sistema. La collaborazione tra le industrie, aziende sanitarie e accademia a supporto dell'innovazione tecnologica può essere un contributo che potrebbe fare la differenza sostanziale per il futuro del SSR.

Tuttavia, si registra l'assenza di un interlocutore regionale stabile in Regione Lombardia e sono assenti collegamenti "trasversali" tra gli assessorati sul tema.

2.3. La questione tecnica. Capacità e competenza

Possiamo distinguere l'innovazione tecnologica in tre momenti:

1. Generazione;
2. Sviluppo & Perfezionamento;
3. Adozione.



Su tutti e tre questi aspetti c'è ampio spazio per migliorare.

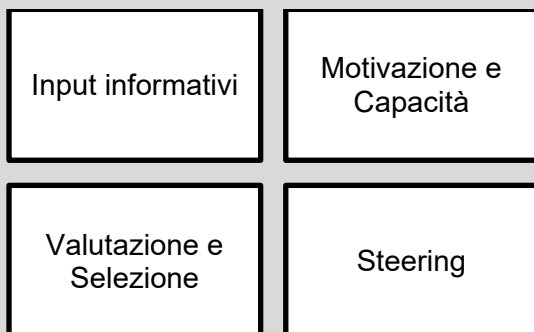
Le situazioni più critiche sono probabilmente nella generazione e nell'adozione (quest'ultima nelle aziende pubbliche in particolare). Nello specifico, le problematiche principali rispetto a competenze e capacità nel SSR lombardo sembrano essere:

- **riconoscimento dell'innovazione.** In questo momento in Regione Lombardia sembra che manchino le competenze per riconoscere l'innovazione: spesso ci si trova a imitare quanto fatto in altre Regioni. Non vi è una sensibilità e una percezione di urgenza rispetto al tema. L'auspicio è l'apertura di tavoli di lavoro che mirino a incentivare l'innovazione a livello regionale, con un particolare occhio agli esempi positivi emersi nelle aziende private;
- **interoperabilità/standardizzazione.** Manca complessivamente una efficace standardizzazione e interoperabilità dei sistemi (per esempio informatici) sui quali si opera; questo sembra essere un problema non percepito come tale, data l'assenza di una *roadmap* regionale che affronti il tema, mirando a integrazione e standardizzazione a livello regionale. Mentre sarebbe di grande aiuto l'individuazione di una piattaforma/strumento che garantisca: accessibilità ai dati, protezione dei dati, *network management* degli stessi dati;
- **cultura, condivisione e misurazione.** L'oggetto stesso "innovazione" andrebbe meglio definito; infatti quando si parla di innovazione ognuno di noi ha una propria definizione. Sarebbe importante, perciò, condividere il significato delle parole e creare una cultura

condivisa sul tema. Ad esempio individuando i parametri per definire un'organizzazione come “*innovation driven*” (si veda box 1). Altresì, se si crede che l'innovazione sia davvero una priorità, favorendo il pensiero per cui l'innovazione sia vista come un investimento prima che una spesa, ossia adottando una mentalità molto diversa da quella tradizionale del sistema di “controllo”, occorre sviluppare processi per finalizzare meglio e in modo strategico le scelte di innovazione da finanziare o sostenere, e misurarne i ritorni. Con la consapevolezza che il focus non deve essere il “*cost management*” dell'investimento;

- **Innovation Manager.** Fondamentale istituire una figura di riferimento per l'innovazione nelle aziende e per il sistema SSR;
- **innovazione organizzativa.** L'innovazione sostenuta e finanziata deve essere non solo di prodotto, ma anche (e sempre di più) organizzativa. Trasformare il *delivery* dei servizi sanitari e sociosanitari dovrebbe essere una priorità accanto all'innovazione tecnologica di prodotto.

BOX 1 – Come orientare un'organizzazione all'innovazione



Disponibilità di input informativi

Questo aspetto va dal semplice (es. accesso ai dati) fino al complesso (es. capacità di un sistema di mettere contatto tra loro attori diversi che stanno lavorando su temi simili, per creare sinergie) → Tematica di *Data management*

Motivazione e Capacità

Risorse e infrastrutture messe a disposizione

Incentivi che spingano all'attuazione dell'innovazione

Programmazione pluriennale

Valutazione e selezione

Aspetto della generazione → Come allocare gli investimenti

Adozione → Quanta e quale tecnologia il sistema dovrebbe avere, come allocarla, stratificazione. In questo aspetto si scontrano una visione ampia e libera del mercato rispetto ad una amministrata centralmente.

Steering

Indica la capacità del sistema di avere una visione chiara, fornire delle priorità, produrre indirizzi. Rispetto alle risorse, indica la capacità di orientare non solo l'uso delle risorse derivanti dal sistema, ma anche di risorse che giungano da canali esterni.

2.4. La questione burocratica. Il red tape

L'innovazione tecnologica e di processo/organizzativa è fortemente limitata da una burocrazia e da una debolezza di competenze aggiornate alle moderne possibilità/strumenti, che quotidianamente allungano i tempi, producono costi, rendono complessa la collaborazione e la creazione di reti efficaci. Può essere necessario un intervento di de-regolamentazione e modifica normativa per liberare le piene potenzialità del settore *lifescience* e del SSR lombardo.

2.5. La questione motivazionale. Gli incentivi

Sebbene è presumibile vi sia una reale volontà di cambiare le cose e di generare innovazione nel SSR lombardo, l'assenza di una vision e di incentivi volti a trasformare retorica e dibattito in azioni ha determinato un gap attuativo importante. Alcuni esempi sono:

- **HTA:** Regione Lombardia ha lavorato molto e bene, ma non ha tradotto in nuovi DRG/tariffe/incentivi economici ciò che è stato dimostrato funzionare meglio;
- **Telemedicina:** anche grazie all'accelerazione avuta nel periodo Covid-19, oggi l'obiettivo deve essere quello di rinforzare l'*homecare* e la *connected care* liberando nel contempo gli ospedali da visite e ricoveri superflui;
- **Value Based Healthcare:** si parla spesso di *Value Based Procurement*, ma non sono molti gli esempi in cui questo si è finalizzato;

- **Data Management:** le innovazioni tecnologiche portano con sé tanti dati che si devono integrare fra di loro ed essere resi utilizzabili. La sfida alla gestione dei dati, pensando primariamente all'interesse del paziente, sembra ad ora non affrontata (o comunque lontana da essere vinta).

2.6. Una proposta per l'agenda regionale

Alla luce delle riflessioni condotte nei precedenti punti, di seguito viene proposta un'ipotesi di azioni fondamentali che la Regione dovrebbe includere nell'agenda di trasformazione e sviluppo del SSR e più in generale nella sua opera di *governance* del settore salute e *lifescience* lombardo.

La premessa “trasversale” a tutta l'agenda, e a quanto discusso in precedenza, è la considerazione che non si può in alcun modo arrivare impreparati all'attuazione del PNRR per la parte di competenza regionale, e pertanto serva una chiara idea e un ordine di priorità sugli investimenti da fare, strategicamente collegati allo sviluppo del SSR e settore, e il più lontano possibile da logiche di adempimento istituzionale.

Cinque sono le azioni proposte per l'agenda, gli “step” di un percorso qui proposto come sequenza di lavoro. Percorso nel quale è fondamentale che Regione chiarisca sempre meglio le “regole del gioco” e svolga una funzione di arbitro imparziale garantendo anche la corretta interpretazione delle stesse regole.

Step one. Attivare una cabina di regia, struttura di *governance* regionale, dedicata all'analisi sistematica, individuazione dei fabbisogni e promozione/incentivazione dell'innovazione utile al SSR. Un luogo di dialogo tra SSR e settore/industria. Una "Direzione regionale dell'innovazione nel *lifescience*". Tale struttura funzionerebbe quindi sia da osservatorio per e sull'innovazione, sia da tavolo/commissione per la proposta (espressione fabbisogno), indirizzo (priorità) e valutazione (allocazione risorse, monitoraggio) dei progetti di innovazione tecnologica. Tale struttura dovrebbe quindi garantire una *intelligence* di sistema, in grado di rendere chiari ed accessibili i canali di finanziamento possibili. Ovviamente con la massima attenzione che questa struttura non diventi di per sé un ulteriore "red tape" burocratico, un altro livello che stratifica invece di semplificare le procedure.

Step two. Sviluppo di un documento *influential* di livello regionale che "traduca" e chiarisca in modo univoco come la Regione intenda dare corso al PNRR con le implicazioni in termini di innovazione. Collegato o incluso in questo documento occorre un sistema di valutazione e monitoraggio delle proposte e traiettorie di innovazione emergenti o consolidate nel settore *lifescience* lombardo, al fine di definire criteri e parametri che consentano una migliore (equa e tempestiva) azione di *steering* e di allocazione "competitiva" delle risorse pubbliche.

Step three. Mappatura delle innovazioni oggi *in progress* nel SSR/settore *lifescience* lombardo, al fine di generare opportunità di rete e sinergie, contenere ridondanze e duplicazioni, fornire stimoli rispetto a gap o aree

sottosviluppate. Collegata alla mappatura sarebbe utile lo sviluppo di un “documento paradigmatico” che delinei le attese e gli scenari di sviluppo dell’innovazione tecnologica nel settore della salute con un orizzonte di medio-lungo termine. Un documento che sia di ispirazione/ambizione per l’SSR lombardo, le sue aziende e professionisti, nel tracciare impatti e prospettive dell’innovazione (e quindi contributi e attese di partecipazione alla sua “realizzazione”). Temi quali le intelligenze artificiali, le miniaturizzazioni, la biogenetica, tutto il *digital therapeutics* ecc. sono orizzonti sempre più vicini e al tempo stesso in movimento. Produrre una “visione” di sistema è quanto mai necessario per dare le coordinate su cui le singole aziende (e l’industria) possano efficacemente concentrare sforzi e investimenti.

Step four. Rivedere e snellire tutti i processi e procedure di “accesso” all’innovazione. Dalle modalità di accesso ai finanziamenti sino all’approvazione per la commercializzazione/inserimento nel sistema SSR. Inoltre sviluppare specifici processi per “differenziare” tariffe, percorsi *fast-track* di accesso, sistemi di *pay for performance* in funzione della strategicità e rilevanza dell’innovazione stessa. L’uso ragionato ma incisivo delle logiche e degli strumenti di HTA si inserisce in questo contesto, sia per la valutazione delle innovazioni tecniche, che per l’innovazione organizzativa ispirata alle logiche *value-based healthcare*.

Step five. Sviluppo di una politica regionale di premialità per l’innovazione “che fa la differenza” per il SSR, attraverso la messa a disposizione di risorse aggiuntive

che a partire dai sistemi di valutazione richiamati nei punti precedenti e dalla messa a fuoco di processi per il riconoscimento “differenziale” permettano di premiare in modo significativo e fortemente incentivante l’innovazione meritevole (anche per il rischio imprenditoriale connesso e per attrarre risorse per ricerca/industrializzazione sul territorio italiano). Ad esempio anche dando seguito e migliore attuazione a quanto previsto dalle modifiche al titolo I e al titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, nel cui ambito è di particolare rilievo l’integrazione proposta all’art. 31, in cui si afferma che *«la Regione promuove una revisione periodica delle tariffe dei DRG finalizzata all’adeguamento degli stessi alle più moderne valutazioni cliniche e tecnologiche. La Giunta Regionale introduce tariffe differenziate dei DRG attraverso la regolamentazione di un meccanismo premiante e penalizzante sui rimborsi per gli erogatori pubblici e privati, in base ad indicatori che misurino la qualità, l’appropriatezza e l’efficacia delle prestazioni, nonché il governo dei tempi d’attesa e gli esiti di salute»*.

3. *PROCUREMENT* STRATEGICO

3.1. Alla ricerca di un vero value-based procurement

Negli ultimi anni si è diffuso nel settore della salute il paradigma della *value-based healthcare* (VBH), che in estrema sintesi pone l'attenzione sulla capacità dei sistemi sanitari di migliorare il rapporto tra *outcome* generati (esiti di salute) e costi sostenuti. In questa prospettiva anche il *procurement* potrebbe e dovrebbe essere “re-inquadrato” come attività sinergica per accompagnare lo sforzo dei sistemi sanitari verso la VBH, attraverso tre linee di intervento.

- 1. Dall'adempimento alla missione.** Fare *procurement* non è solo adempiere nel modo più efficiente ed efficace a una richiesta. È mettere il Sistema Sanitario, l'Azienda Sanitaria, nelle migliori condizioni per svolgere la propria missione di tutela della salute. I “buoni acquisti” generano una migliore esperienza per il paziente, migliori esiti, e quindi contribuiscono al conseguimento dei risultati di sistema. I

buoni acquisti non sono tanto spesa, quanto investimento.

2. **Gli acquisti come strumento di *governance* del sistema.** Per la Direzione Welfare di Regione Lombardia, governare gli acquisti significa avere in mano una leva strategica per orientare e gestire il sistema. In questa prospettiva è fondamentale che il “sistema degli acquisti” del SSR sia sotto il controllo e la responsabilità ultima della Direzione Welfare, per consentirne il migliore sviluppo verso logiche di promozione/valorizzazione dell’innovazione oltre che di ottimizzazione dei costi;
3. Attraverso l’organizzazione e le modalità di gestione degli acquisti, sistemi sanitari e aziende possono **sviluppare e consolidare le proprie politiche di attenzione all’appropriatezza, alla qualità del servizio, al governo clinico.** La definizione puntuale del fabbisogno, il confronto tra professionisti, le analisi tecniche ed economiche pre-acquisto, la “segmentazione” degli acquisti in relazione alle caratteristiche di utilizzatori e riceventi sono solo alcune delle aree che evidenziano il contributo e le potenzialità che i processi di acquisto possono avere nel migliorare le *performance* di sistemi e aziende sanitarie.

3.2. Opportunità e necessità per una “manutenzione straordinaria” del *procurement* nel SSN

Alla luce delle premesse sopra richiamate, e ribadendo l’importanza del controllo della funzione acquisti

da parte della DG Welfare come condizione fondamentale per dispiegare tutte le potenzialità collegate ad una migliore gestione degli acquisti in chiave di sistema, di seguito le possibili traiettorie e aree di intervento individuate dal tavolo di lavoro:

- **trasformare le centrali di acquisto in *playmaker* del governo clinico.**

Una delle strategie che da più di un decennio è stata perseguita per tentare di limitare la crescita della spesa sanitaria e conseguire risparmi sul costo di acquisto, è quella della centralizzazione degli acquisti: dapprima in ambito macro-provinciale e poi a livello regionale per poi giungere anche a livello nazionale, seguendo il pensiero che “*big is always better*”. L’assunto base della centralizzazione è che a una maggiore dimensione della gara, corrisponda necessariamente un maggior potere di acquisto e quindi la possibilità di ottenere condizioni più vantaggiose. La centralizzazione consente alle amministrazioni di beneficiare di economie di scala, di ridurre il numero di intermediari, di ottenere a prezzi più bassi il medesimo bene o servizio. Inoltre, con la riduzione del numero delle procedure di acquisto, conseguentemente, diminuiscono anche le spese per le stesse. Esistono, tuttavia, ancora ampi margini di miglioramento nel funzionamento dei processi di acquisto centralizzati. Il più importante è il ruolo che le centrali di acquisto possono svolgere nel promuovere azioni di governo clinico che portino anche a una “cultura” dell’acquisto come “investimento” del sistema prima che spesa. Acquistare

bene è strumento per migliorare le *performance* del Sistema Sanitario e delle Aziende Sanitarie. In questa luce assumono rilevanza la specializzazione dei compiti effettuata mettendo in rete le funzioni di acquisto delle varie aziende e definendo come una certa azienda concorra a guidare le gare su un dato settore merceologico generando così delle economie di competenza; l'analisi costo – beneficio/valutazione differenziale ottenuta generando gruppi di lavoro interaziendali che scelgano cosa acquistare in base ai requisiti. La valutazione differenziale contribuisce alla standardizzazione che a sua volta alimenta le economie di scala;

- **misurare gli impatti dalla prospettiva sanitaria oltre che economica.**

Gli effetti/risultati del lavoro delle centrali di acquisto/*buyer* aziendali dovrebbero essere misurati non tanto e solo sulla dimensione economica (risparmi o contenimento della spesa), quanto sempre di più sulle implicazioni che generano per le performance complessive del Sistema Sanitario o azienda. Una metrica che includa esiti, eventi avversi, complicanze, attendibilità, affidabilità ecc. potrebbe essere sviluppata per dare una migliore e più efficace rappresentazione del valore generato da un certo acquisto;

- **definire meglio la regia del fabbisogno e l'importo della base d'asta.**

Spesso l'importo delle basi d'asta, ovvero il valore di riferimento per la presentazione delle offerte eco-

nomiche da parte dei concorrenti è troppo basso, la descrizione del fabbisogno risulta o troppo dettagliata e, quindi, vincolante, oppure non ben definita e i criteri di valutazione utilizzati per l'aggiudicazione della gara tendono spesso a considerare più il prezzo che la qualità.

Sempre rispetto al fabbisogno, si avverte la mancanza di una cabina di regia *ex ante* o comunque lo scollamento tra (la centrale) acquisti e governance regionale rappresentata dalla Direzione Generale Welfare. Gli acquisti devono svolgere un ruolo strategico che vada al di là del mero risparmio e affinché questo accada ci dovrebbe essere un forte legame tra acquisti e politiche regionali. La centrale acquisti risulta un po' isolata in termini di flussi di dati e diventa quindi ancora più difficile in prospettiva correlare l'acquisto e il costo dello stesso all'esito generato in termini di salute.

In questa prospettiva di "sistema" si inserisce l'istituzione di gruppi di approfondimento tecnico di supporto (GAT), quali fulcro delle attività di dialogo, analisi corretta del fabbisogno, identificazione della procedura più adatta alla tipologia di acquisto, ecc. Tutto questo può migliorare il percorso che porta verso un vero *procurement* strategico o *value-based*;

- **comprare con un corretto equilibrio.**
La diffusa tendenza a usare criteri valutativi delle offerte in cui la dimensione economica è preponde-

rante, o comunque decisiva ai fini dell'assegnazione, dovrebbe essere superata per trovare un più corretto equilibrio nei parametri valutativi che includa elementi di qualità e impatto sulle performance di salute. Nel contempo appare prioritario "formare" i Direttori di Struttura/Dipartimento sugli aspetti manageriali e di valutazione, in modo che tutte le richieste siano commisurate al contesto aziendale e di sistema;

- **superare la retorica dei "servizi migliorativi".**

I servizi migliorativi sono ormai una componente "strutturale" delle offerte nelle gare. Tuttavia, la misurazione della loro reale attuazione e il contributo che danno effettivamente sono spesso disattesi nella pratica, con il rischio che diventino elemento di marketing/effetto annuncio. Al contempo, le tendenze in atto (ad es. medical device e grandi tecnologie) prevedono l'introduzione sempre più significativa di nuovi servizi digitali integrati e complementari all'utilizzo dei prodotti fisici. Questa tendenza sposta i confini delle procedure di acquisto tradizionali di "beni" e pone la necessità di rifondarne i relativi modelli di acquisto in ottica innovativa;

- **favorire il dialogo "costruttivo".**

Manca spesso (se non quasi sempre) l'interlocuzione tra l'acquirente e l'utilizzatore finale che è, invece, prevista nel codice degli appalti. Manca quindi l'interazione sui capitolati di gara, ovvero il dialogo competitivo tra la stazione appaltante e gli operatori economici finalizzato a elaborare una o più soluzioni

che soddisfino le necessità della stazione appaltante e sulla base del quale i candidati selezionati sono invitati a presentare le offerte. Anche questa è un'area di possibile miglioramento significativo. È infatti importante individuare con quali soggetti e con quale organizzazione interna sia meglio svolgere i processi di acquisto e quindi scegliere la tipologia di gara o procedura più efficace rispetto alle diverse categorie merceologiche.

3.3. Le implicazioni del “quasi-monopsonio” pubblico

Nella programmazione bisogna anche tener conto dei tempi di attuazione e porre maggiore attenzione alla definizione volumi. Tempi di attuazione molto lunghi e grandi volumi in gara possono tenere un fornitore fuori dal mercato per lungo tempo. La condizione di quasi-monopsonio delle Regioni può produrre degli effetti indesiderabili in quanto distorsivi/limitanti della concorrenza.

3.4. Una proposta per l'agenda regionale

Alla luce delle riflessioni condotte nei precedenti punti, di seguito viene proposta una ipotesi di azioni fondamentali che la Regione dovrebbe includere nella sua opera di *governance* del settore salute e *lifescience* lombardo, con riferimento alla delicata e fondamentale questione dei processi di acquisto che coinvolgono risorse pubbliche.

Presupposto di fondo attorno a cui è stata sviluppata l'agenda è il riconoscimento valoriale degli acquisti come “**veicolo di salute**”, piuttosto che mero oggetto di risparmio e contenimento. Senza disconoscere la necessità di presidiare la sostenibilità del SSR, e quindi il migliore “efficientamento” possibile dei processi e metodi con cui avviene il *procurement*, si sottolinea tuttavia la necessità di presidiare meglio e di più al tempo stesso la qualità di ciò che viene acquisito e impiegato nel sistema, in quanto *driver* fondamentale per produrre i migliori risultati di salute/esiti. Acquistare quindi non solo la cosa giusta al momento giusto, ma anche la cosa migliore per lo scopo prefisso.

L'agenda qui proposta si articola in azioni organizzative e operative.

Tra le **azioni organizzative** quelle fondamentali sono:

- istituzione di un Comitato Tecnico Scientifico (CTS) di livello regionale quale organismo tecnico della centrale di acquisti. In questo modo il CTS diventa strumento di “governo clinico”, favorendo il confronto tecnico anche e soprattutto tramite l'attivazione di gruppi tecnici che affrontino il perché e il come un determinato acquisto debba essere compiuto. Ragionando sia sulle implicazioni “a valle” dello stesso (impatto su esiti e salute) sia sulla modalità (includendo le scelte *make or buy* del sistema). Solo dal confronto tecnico serio può emergere un quadro chiaro sulle funzionalità richieste al prodotto/servizio oggetto di *procurement*, e conseguentemente l'espressione migliore del fabbisogno;
- strutturare il CTS di modo che riesca a presidiare efficacemente i quattro comparti chiave del *procurement*

in sanità: *pharma*, *device*, grandi tecnologie, beni e servizi. Questa classificazione non vuole essere prescrittiva, ma solo orientativa, e ve ne possono essere molte altre, o anche sottoclassificazioni, ad esempio per area terapeutica. La scelta finale sull'organizzazione interna al CTS spetta al decisore istituzionale;

- costituzione di “reti” organizzative tra professionisti impegnati nei processi di *procurement*, quali farmacisti, ingegneri clinici e provveditori. Al fine di individuare *knowledge leader* (per disciplina, tipologia di *device*, di bene o servizio, di tecnologia ecc.) di cui si può avvalere il CTS in sede di valutazione, nell'esercizio del dialogo costruttivo, nello *steering* di commissioni terapeutiche o tavoli tecnici.

Tra le **azioni operative** quelle fondamentali sembrano invece essere:

- definire una metrica/sistema di valutazione che permetta di correlare gli acquisti effettuati agli impatti sulle *performance* produttive e di salute: tempi di risposta, volumi di attività e aumenti di produttività, esiti, ecc. Ogni prodotto/servizio oggetto di un “grande” acquisto dovrebbe essere soggetto ad una review sistematica e a un *feedback* strutturato, che consenta di lasciare una traccia e avviare un processo di “miglioramento continuo” nel tempo;
- elaborare su base triennale e aggiornare su base annuale un documento guida sulle priorità che il SSR sta perseguendo e come gli acquisti possono e devono contribuirvi, da cui l'inserimento in processi di acquisto a valore con incentivi e *pay-for-performance/outcome* collegati. In questa prospettiva po-

- trebbe essere anche interessante sperimentare in situazioni pilota e controllate forme di acquisto basate su *range* di prezzi di riferimento, spostando la valutazione in modo maggiore su elementi di qualità/valore, per velocizzare e decentrare alle aziende stesse quegli acquisti che non richiedono un lavoro particolare di analisi del fabbisogno in quanto su prodotti e servizi a forte standardizzazione e valutabilità;
- predisporre un fondo regionale per l'incentivazione degli acquisti di particolare impatto;
 - consolidare meccanismi di acquisto che con una formula mista tra prezzo base (base asta) e percentuale ulteriore riconosciuta (dal fondo specifico) al conseguimento di specifici *target* di impatto. Il *risk sharing* non può essere solo inteso come un "di cui" del prezzo base con trasferimento del rischio sul produttore/venditore, ma per gli acquisti "di valore" (impatto su performance/esiti) dovrebbe essere un "di più". Perché ciò accada serve che siano chiariti in modo inequivocabile in sede di gara (e quindi tramite dialogo/confronto costruttivo):
 - il *target* specifico (attese di *performance*/esito, funzionalità, ecc.). Perché il SSR/azienda sta acquisendo tale bene/prodotto/servizio ecc. Cosa vuole ottenere? Non solo il "quanto" serve, ma "l'apporto" alla missione di sistema/aziendale che tali acquisti dovrebbe generare;
 - i meccanismi di rilevazione dei risultati, certificati e attendibili, condivisi tra fornitore e acquirente;
 - le modalità di riconoscimento del premio (a fasce, proporzionale, per soglie ecc.) e di sua liquidazione.

POSTFAZIONE

PERCHÉ LEGGERE CON ATTENZIONE QUESTO RAPPORTO?

a cura di *Federico Lega*
Centro di ricerca HEAD
Università degli Studi di Milano

Una *think tank* trasversale al settore salute, con rappresentanti di tutta la filiera produttiva, dalle Direzioni delle Aziende Sanitarie a quelle delle imprese, da chi ha lavorato direttamente nelle istituzioni del sistema a chi opera per sostenerne sviluppo e modernizzazione.

Una *think tank* che ha approfondito, discusso ed elaborato temi e tesi per migliorare tre aspetti del SSR Lombardo: la presa in carico e gestione del paziente cronico, la postura, capacità e propensione del sistema ad innovare, le modalità con cui si sviluppano i processi di acquisto.

Ci sono i presupposti per ipotizzare che i diversi interessi in gioco, la contrapposizione degli stessi, e la competizione interna abbiano generato un dialogo e proposte *pro domo mea*. Come troppo spesso si osserva nell'intenso dibattito che avvolge la sanità.

Invece no.

Partecipando da moderatore e facilitatore ai tre tavoli di lavoro ho avuto modo di apprezzare direttamente e senza ombre il contributo disinteressato portato da tutti i partecipanti.

Mi correggo.

Non veramente disinteressato.

Anzi.

Molto interessato, ma al futuro e allo sviluppo del SSR Lombardo. Si percepiva chiaramente la consapevolezza di appartenere ad un sistema, per il quale mettersi in gioco, a disposizione. Il cui successo di riflesso giova a tutti. Il cui successo è quindi un'ambizione collettiva, di tutta la *think tank*.

Un sistema esiste nella misura in cui le parti che lo compongono lavorano sinergicamente. Questo lavoro di riflessione ed elaborazione è il frutto del "sistema" che lavora per e lavora con il SSR lombardo. Se era scontato il contributo delle direzioni delle aziende sanitarie, non altrettanto era certo quello dell'industria.

Invece sì. Diagnosi e tesi presenti in questo rapporto sono il risultato di un confronto collegiale.

Ecco perché merita di essere letto con attenzione.

Perché è rappresentativo del "settore", l'insieme delle parti che rendono il SSR lombardo parte di un sistema più ampio. Perché vi sono diagnosi approfondite e molto *sense-making* su cosa funziona bene e meno bene nel SSR. Perché vi si trovano tesi e proposte di azione che possono (e dovrebbero) fondare l'agenda del cambiamento, del miglioramento, dello sviluppo del SSR lombardo. Proposte chiare, precise, azionabili.

E perché in ultima analisi, il lavoro qui descritto ha come fine ultimo il "successo" del SSR lombardo, la sua "eccellenza", l'ambizione comune di essere un punto di riferimento per il resto del SSN e del paese. Sia per le *performance* del SSR che per le dinamiche di cooperazione del "sistema". Dove la competizione diventa "coo-petizione" quando collaborare è nell'interesse di tutti e

di ognuno. Solo contributi diffusi ed estesi di tutte quanti le parti del sistema per migliorarlo, innovarlo e cambiarlo possono davvero sostenere la ricerca dell'eccellenza.

Quindi questo lavoro, con il suo respiro strategico.

Perché qualsiasi ulteriore trasformazione del SSR lombardo dovrà avvalersi di una robusta strategia di rinnovamento e allineamento delle attese di cambiamento con quanto effettivamente realizzato. Fondamentale è una narrazione in positivo. In questo senso, la “riforma” della riforma che si avvicina è occasione per cogliere le opportunità, per stare sulla frontiera dell'innovazione, per eccellere e non solo per risolvere problemi, per i quali serve una narrazione di rilancio. È occasione per scrivere una pagina nuova del SSR Lombardo, magari un PSSR ambizioso e moderno. Un documento guida inclusivo e ad ampio raggio, che manca al sistema da oltre dieci anni.

Concludo con una nota personale. Aver avuto l'opportunità di coordinare il lavoro dei tavoli e di rappresentarne gli esiti attraverso questo rapporto è stato sia un grande onore che una altrettanto importante responsabilità. Un grazie quindi a tutti i partecipanti che mi hanno facilitato questo compito con i contributi resi nei tavoli, quelli forniti in *back office*, e la revisione di quanto scritto e sottomesso alla loro attenzione. È stato confortante vedere Direttori, Amministratori, Presidenti dialogare e confrontarsi in modo operativo e costruttivo come raramente avviene.

Da qui può ripartire il rilancio complessivo del SSR lombardo e del suo sistema allargato. Il primo passo lo ha mosso il sistema, ora alle Istituzioni del SSR il com-

pito di raccogliere la sfida e fare il miglior uso possibile di questo contributo.

Ad maiora.

BIBLIOGRAFIA

CERGAS SDA Bocconi, *Rapporto OASI*, 2020.

Cittadinanzattiva, *XVIII Rapporto Nazionale sulle politiche della cronicità*, 2020.

ISTAT, *Censimento permanente delle popolazioni e delle abitazioni*, 2020.

Lega F., *Economia e Management Sanitario, Settore, sistema, aziende, protagonisti*, EGEA, 2020.

GLI AUTORI

Federico Lega, Ph.D, è professore ordinario di Economia, Politica e Management Sanitario presso l'Università degli Studi di Milano, dove coordina il Centro di Ricerca ed Alta Formazione in Health Administration (HEAD). Attualmente ricopre anche le cariche di Presidente della European Healthcare Management Association (EHMA), quella di Editor-in-Chief della rivista SAGE di Health Services Management Research, advisor per la World Healthcare Organization ed adjunct professor a UAB (USA) e GMU (UAE). Svolge attività di formazione manageriale, ricerca e consulenza per le istituzioni, le aziende sanitarie e le imprese farmaceutiche, biomedicali e di tutto il settore salute, su temi di strategia, governance, sviluppo organizzativo, change management, people e performance management e gestione operativa.

Lorenzo Minetti è responsabile dell'Area Sanità di ECOLE – Enti Confindustriali Lombardi per l'Education. Esperto di organizzazione e evoluzione del sistema sani-

tario lombardo, si occupa di coordinare progetti di consulenza, ricerca e formazione per il mondo associativo confindustriale, per aziende sanitarie pubbliche e private e per imprese del settore del *lifescience*.

Hanno inoltre collaborato attivamente alla stesura del documento finale:

Comitato Tecnico

Favaretti Carlo, Centro sulla Leadership in Medicina, Università Cattolica del Sacro Cuore

Ferraris Cristian, Aiop Lombardia

Lucchina Carlo, ECOLE

Macchi Luigi, ECOLE

Odone Anna, Università degli Studi di Pavia

Pelissero Gabriele, Accademia Lombarda di Sanità Pubblica

Vago Gianluca, Fondazione CNAO

Direttori Aziende Sanitarie

Bottinelli Elena, Gruppo San Donato

Carli Renato, Centro Diagnostico Italiano – CDI

Del Missier Stefano, Ospedale Moriggia Pelascini Gravedona

Domanti Amedeo, COF Lanzo Hospital

Farina Pasquale, Istituto Clinico Villa Aprica

Galli Francesco, Gruppo San Donato

Natali Samuele, Casa di Cura Villa Esperia

Nicchio Michele, Gruppo Mantova Salus

Nicora Carlo, Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo

Parenti Marco Maria Bartolo, Korian

Ravera Luciano, Istituto Clinico Humanitas
Triboldi Alessandro, Fondazione Poliambulanza
Valerio Marcellino, Fondazione Poliambulanza

Referenti Imprese Lifescience

Benazzi Cristiano, HARG
Bergamini Fabio, Sanofi
Bordin Fabio, GlaxoSmithKline
Citterio Simone, Medtronic
De Simoni Luca, Vitalaire
Ferrari Andrea, HARG
Freschi Gianpaolo, Sanofi
Gelera Alessandra, Boston Scientific
Giuliani Carlo, Astrazeneca
Hysenbelli Juljana, Vodafone
Montorio Giorgia, Glaxosmithkline
Oppi Beatrice, HARG
Pavoni Matteo, Boston Scientific
Petrera Stefano, Astrazeneca
Radolovich Stefano, Abbott
Secchi Giuseppe, Sanofi
Villa Davide, Abbott

Staff

Ambrogi Antonella, ECOLE
Costantini Sara, ECOLE
Romondia Jessica, ECOLE
Ciron Giorgio, Assolombarda
Lopane Felice, Assolombarda
Antonelli Alessandro, Università degli Studi di Milano
Bianchino Claudia, Università degli Studi di Milano
Parimbelli Luca, Università degli Studi di Milano
Pierini Elisabetta, Università degli Studi di Milano