REPUBBLICA ITALIANA

RegioneLombardia

BOLLETTINO UFFICIALE

MILANO - GIOVEDÌ, 23 NOVEMBRE 2006

2º SUPPLEMENTO STRAORDINARIO

Sommario

A) CONSIGLIO REGIONALE

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/257 (3.2.0)
Piano Socio Sanitario 2007-2009 3

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/220 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: coinvolgimento degli enti locali e delle comunità montane a garanzia delle specificità territoriali 90

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/221 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: interventi e misure per le attività di trapianto di organi e tessuti 90

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/222 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: utilizzo dell'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) per l'accesso ai servizi sociali e sanitari 90

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/223 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: servizi riabilitativi . . 91

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/224 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: interventi a favore dei disabili dell'udito e della parola 91

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/225 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: forme di assistenza *pre* e *post* parto 91

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/226 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: diagnosi precoce delle malattie reumatiche 91

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/227 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: incidenti stradali . . 92

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/228 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: prevenzione incidenti stradali 92

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/229 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: ospedalizzazione domiciliare 92

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/230 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: iter curativo degli anziani e malati cronici dimessi dagli ospedali 92

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/231 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: servizi di salute mentale 93

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/232 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: servizi di guardia medica notturna e festiva a Milano 93

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/233 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: modalità di assistenza ai diabetici 93

3.2.0 SERVIZI SOCIALI / Sanità

Anno XXXVI - N. 234 - Poste Italiane - Spedizione in abb. postale - 45% - art. 2, comma 20/b - Legge n. 662/1996 - Filiale di Varese

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/234 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: attività di cura e assistenza delle persone in stato vegetativo e di minima coscienza 93

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/235 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: pratica sportiva. 94

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/236 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: formazione delle protezioni sociali, in particolare delle «fasce deboli» 94

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/237 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: rimborsi e indennizzi per protesi uditive . . 94

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/238 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: monitoraggio dell'ingresso dei minori stranieri in Lombardia 95

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/239 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: sviluppo comunicativo dei bambini disabili . . 95

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/240 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: valorizzazione dei consultori 96

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/241 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: sostanze stupefacenti 96

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/242 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: interventi di chirurgia plastica ricostruttiva . . 97

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/243 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: interventi a favore delle persone con disabilità 97

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/244 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: cura delle persone affette da diabete e altre malattie del metabolismo 97

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/245 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: allergopatie infantili e asma infantile . . . 98

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/246 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: tutela dei rischi professionali per limitare i fenomeni di «medicina difensiva» 98

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/247 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: interventi per contrastare le patologie respiratorie 99

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/248 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: servizio di assistenza continua a favore dei soggetti che vivono nelle RSA 99

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/249 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: fornitura di strumenti a tecnologia avanzata a soggetti affetti da sordità 99

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/250 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: promozione del LIS (linguaggio dei segni) . . 100

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/251 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: Ospedale da campo. 100

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/252 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: distribuzione dei farmaci biologici 100

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/253 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: assistenza psichiatrica 101

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/254 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: progetti di assistenza pre e post parto . . . 101

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/255 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: donazione, prelievo e trapianto degli organi . . 101

Deliberazione Consiglio regionale 26 ottobre 2006 - n. VIII/256 (3.2.0)
Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: Ordinanza Ministero della Salute dell'11 gennaio 2003 sulla conservazione del cordone ombelicale 101

A) CONSIGLIO REGIONALE

(BUR2006031) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/257
Piano Socio Sanitario 2007-2009

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Vista la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 «Modifiche al Titolo V della Parte II della Costituzione»;

Visti:

– il d.lgs. 502/92 e successive modifiche, in particolare l'art. 2 relativo alle competenze regionali in materia sanitaria;

– il Piano Sanitario Nazionale 2007-2009 nella versione approvata in sede di Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 28 marzo 2006;

Richiamata la l.r. 11 luglio 1997, n. 31 «Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali» che, in particolare, all'art. 1 definisce il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) quale strumento di programmazione unico ed integrato da approvarsi con deliberazione del Consiglio regionale;

Viste:

– la d.c.r. del 13 marzo 2002, n. 462 avente ad oggetto l'approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004;

– la d.c.r. 26 ottobre 2005, n. VIII/25 «Programma Regionale di Sviluppo dell'VIII legislatura», con particolare riferimento al capitolo Sanità, Famiglia e Casa;

– la d.g.r. 14 dicembre 2005, n. 8/1375 «Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2006»;

– la d.g.r. 29 dicembre 2005, n. 8/1693 «Presa d'atto della comunicazione degli Assessori Cè e Abelli avente ad oggetto: "Linee di indirizzo per la predisposizione del Piano Socio/Sanitario 2005/2007"»;

Considerato che la legge 23 dicembre 2000 n. 388 «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2001)» ed in particolare l'art. 83 stabilisce che:

– il vincolo di destinazione delle risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, previsto dall'art. 8, comma 1, del d.lgs.18 febbraio 2000 n. 56, è soppresso;

– a decorrere dall'anno 2001 le Regioni sono tenute a provvedere alla copertura degli eventuali disavanzi di gestione, attivando nella misura necessaria l'autonomia impositiva;

Preso atto che, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 «Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3» e in attuazione dell'art. 1, comma 173, della legge n. 311/2004 (Finanziaria 2005), in data 23 marzo 2005 in sede di Conferenza Stato-Regioni è stato sottoscritto l'atto d'intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano con il quale sono stati individuati gli adempimenti a carico delle Regioni per l'accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale per gli anni 2005, 2006 e 2007;

Preso atto, altresì, che ai sensi dell'art. 1, comma 274 e successivi della legge n. 266/2005 (Finanziaria 2006), sono stati integrati ulteriormente gli adempimenti regionali di cui al citato art. 1, comma 173, della legge 311/2004 (Finanziaria 2005);

Evidenziato che il presente documento di programmazione ai sensi del citato art. 1, comma 5-bis, della l.r. 31/97, può, qualora si renda necessario, essere aggiornato annualmente con le medesime procedure di approvazione dello stesso e nei tempi previsti per l'approvazione del Documento di Programmazione Economico Finanziario Regionale;

Vista la proposta di Piano Socio Sanitario Regionale approvata dalla Giunta regionale con deliberazione 24 maggio 2006, n. 8/2592, predisposta dalle Direzioni Generali Sanità e Famiglia e Solidarietà Sociale e redatta a seguito di una metodologia di lavoro concordata e condivisa attraverso consultazioni interdirezionali e con il coinvolgimento di interlocutori esterni appartenenti al settore socio sanitario;

Atteso che le risorse complessive da destinare, in via preventiva, al funzionamento del Servizio Socio Sanitario Regionale per gli anni 2007-2009, sono calcolate con riferimento alle quote del Fondo Sanitario Nazionale con un incremento annuo pari all'1,5% annuo;

Sentita la relazione della III Commissione consiliare;

Con votazione palese, per alzata di mano:

DELIBERA

di approvare, per le motivazioni in premessa riportate, il Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009, allegato 1, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di stabilire che per la realizzazione degli obiettivi delineati nel presente Piano verrà destinata una quota percentuale da definirsi annualmente con la deliberazione di Giunta che stabilisce gli indirizzi di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale e all'interno del monte risorse complessivo disponibile nell'arco di vigenza del Piano stesso, così come definito nella tabella allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

——— • ———

ALLEGATO 1

PIANO SOCIO SANITARIO 2007-2009

INTRODUZIONE

1. IL MODELLO FEDERALE DI GOVERNO
2. LA MISSIONE E GLI OBIETTIVI DEL SISTEMA LOMBARDO
   2.1 Il governo del sistema sanitario
   2.2 La rete dei servizi
   2.3 I sistemi di valutazione, la qualità dei servizi e l'analisi di impatto delle politiche
   2.4 Il Terzo settore sanitario, sociosanitario e sociale
   2.5 L'integrazione degli interventi sanitari con gli interventi socioassistenziali

PARTE I

1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO E LE LINEE DI SVILUPPO
   1.1 Il miglioramento continuo della qualità nel sistema: prospettive future
   1.2 Il ruolo della Regione e delle ASL
   1.3 L'attività progettuale
   1.4 Le collaborazioni pubblico/privato
   1.5 Il sistema sanitario e socio-sanitario in Italia ed in Europa
   1.6 LEA: ulteriori livelli regionali
   1.7 L'accessibilità delle prestazioni
   1.8 I tempi di attesa
   1.9 La valorizzazione delle professionalità per migliorare il SSR
   1.10 La libera professione
   1.11 La promozione del governo clinico nell'organizzazione sanitaria
   1.12 La valutazione permanente e la responsabilizzazione delle risorse umane
   1.13 La gestione del rischio in sanità
   1.14 I cittadini e la famiglia: partecipazione, educazione, informazione e comunicazione
   1.15 L'area delle funzioni informative e di ascolto
   1.16 L'accoglienza degli utenti
   1.17 L'area delle funzioni di comunicazione
   1.18 Le nuove sfide: linee di sviluppo delle politiche sociosanitarie in continuità con le azioni attuate nell'ultimo triennio
2. LOMBARDIA: IL CONTESTO DEMOGRAFICO E IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO
   2.1 Il contesto demografico e sociale
      2.1.1 Famiglia
      2.1.2 Minori
      2.1.3 Giovani
      2.1.4 Anziani
      2.1.5 Disabili
      2.1.6 Poveri
      2.1.7 Immigrati
      2.1.8 Dipendenti da droga ed alcool
      2.1.9 Terzo settore
   2.2 Il quadro epidemiologico
3. IL SODDISFACIMENTO DEL BISOGNO
   3.1 La prevenzione: il rilancio sulla base dell'evidenza scientifica
   3.2 Le cure primarie
   3.3 La formazione del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta
      3.3.1 La continuità assistenziale
   3.4 Associazionismo evoluto e integrato in medicina generale
   3.5 Ospedale: il mantenimento dell'alto livello qualitativo delle attività per acuti
   3.6 Il riordino/innovazione della rete poliambulatoriale
   3.7 La rete dell'emergenza urgenza – L'Azienda regionale lombarda
      3.7.1 Pronto soccorso/DEA/EAS
      3.7.2 Filtro e ricoveri
      3.7.3 Reti per patologie ad alta complessità
      3.7.4 La rete del trasporto sanitario di soccorso
      3.7.5 Emergenza per eventi straordinari di bioterrorismo
      3.7.6 L'emergenza urgenza come sistema regionale. Il nuovo soggetto gestionale
   3.8 La rete delle strutture riabilitative
   3.9 L'assistenza e cura post/acuta e cronica a domicilio
   3.10 I processi di riforma: le strategie, gli obiettivi e le azioni per il prossimo triennio
   3.11 La famiglia tra fragilità e risorse
   3.12 Gli anziani
   3.13 I disabili
   3.14 Continuità del percorso assistenziale ospedale territorio per il paziente disabile
   3.15 I minori
   3.16 Povertà, emarginazione, carcere
   3.17 Immigrazione, rifugiati e richiedenti asilo
   3.18 Emigrazione e frontalierato
   3.19 Le dipendenze
4. LE REGOLE DI GOVERNO DEL SISTEMA
   4.1 Il finanziamento del sistema
   4.2 La negoziazione ed i contratti
   4.3 L'autorizzazione, l'accreditamento e la qualità
   4.4 Il sistema dei controlli
   4.5 I controlli sulle prestazioni dei servizi sanitari
   4.6 I controlli contabili
   4.7 La programmazione sociale e sociosanitaria
      4.7.1 I piani di zona
      4.7.2 I piani aziendali
   4.8 I soggetti della programmazione a rete: i soggetti pubblici
      4.8.1 Il ruolo dei comuni
      4.8.2 Il ruolo delle ASL
      4.8.3 Il ruolo delle province
   4.9 Il privato sociale
      4.9.1 Il Terzo settore
      4.9.2 L'impresa sociale
      4.9.3 Fondazioni di erogazione (*grant making*)
      4.9.4 Associazionismo di solidarietà familiare
      4.9.5 Il servizio civile
   4.10 La semplificazione amministrativa in ambito sociosanitario e sociale
   4.11 Il governo degli ospedali pubblici
      4.11.1 L'attivazione di sperimentazioni gestionali/collaborazioni pubblico privato e la trasformazione di aziende o parti di esse in fondazioni
      4.11.2 Gli investimenti
      4.11.3 Il patrimonio strutturale ed i finanziamenti in conto capitale
5. LA FORMAZIONE, LA RICERCA E L'INNOVAZIONE
   5.1 La valutazione delle tecnologie in termini di efficacia e di costi come priorità di un programma di eccellenza
   5.2 La formazione
   5.3 Il ruolo dell'università
   5.4 La rete regionale della formazione, della ricerca e dell'assistenza
   5.5 La formazione del personale del SSR
      5.5.1 Sviluppo e diffusione della formazione manageriale
      5.5.2 La formazione continua/ECM–CPD
      5.5.3 La formazione degli operatori del *welfare*
   5.6 La ricerca e l'innovazione
      5.6.1 *Governance* della ricerca
      5.6.2 La ricerca biomedica e tecnologica
      5.6.3 I settori strategici nei prossimi anni
      5.6.4 Le sinergie tra ricerca e formazione
   5.7 Lo sviluppo dei sistemi informativi sociosanitari e la sanità digitale
      5.7.1 Lo sviluppo dell'*e-Health*
      5.7.2 La telemedicina
      5.7.3 Il sistema informativo socio sanitario (SISS)
      5.7.4 Il sistema direzionale
      5.7.5 I sistemi informativi aziendali

PARTE II

1. LE LINEE DI INTERVENTO PRIORITARIO
   1.1 La promozione della salute dall'età evolutiva: punti strategici di innovazione
   1.2 Promozione degli stili di vita
      1.2.1 Prevenzione e controllo delle malattie infettive
   1.3 Accertamento del diritto all'indennizzo *ex* l. 210/1992
      1.3.1 Prevenzione delle malattie infettive a rilevante impatto sociale (mst, hiv, aids e tb)
   1.4 Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie ad ampio impatto sociale
      1.4.1 Prevenzione, diagnosi e cura della patologia oncologica
      1.4.2 Prevenzione diagnosi e cura delle malattie cardiocerebrovascolari
      1.4.3 Il sistema sangue regionale
   1.5 Prevenzione delle malattie cronico-degenerative ad ampio impatto sociale
      1.5.1 Il diabete
      1.5.2 Obesità
      1.5.3 Patologie dell'apparato respiratorio
      1.5.4 Malattie allergiche
      1.5.5 Le malattie reumatiche
      1.5.6 Le malattie renali
      1.5.7 Le malattie neurologiche
   1.6 La promozione e tutela della famiglia
   1.7 Il governo della rete sociosanitaria
   1.8 Il consolidamento istituzionale della sussidiarietà e lo sviluppo del Terzo settore
   1.9 La coesione sociale
2. GLI OBIETTIVI DI SALUTE E DI BENESSERE SOCIALE
   2.1 La salute della donna e del bambino, la tutela dei minori e gli interventi nei confronti degli adolescenti
      2.1.1 L'équipe ostetrica (ginecologo e ostetrica)
      2.1.2 Ospedalizzazione in età pediatrica
      2.1.3 Urgenza-emergenza pediatrica
      2.1.4 Prevenzione della sindrome della morte improvvisa dell'infante (SIDS) e della morte inaspettata del feto
   2.2 Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro
      2.2.1 Piano regionale amianto

3. PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA
3.1 Prevenzione degli infortuni domestici
3.2 Prevenzione degli incidenti stradali
3.3 Sicurezza alimentare
3.4 Ruolo dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale
3.5 Prevenzione delle malattie infettive trasmissibili dagli animali all'uomo
3.6 Tutela del benessere animale
3.7 Lotta al randagismo
4. LA SALUTE MENTALE: PSICHIATRIA, DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE, NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA E DISABILITÀ CORRELATE, PSICOLOGIA
4.1 Psichiatria
4.2 I disturbi del comportamento alimentare
4.3 La neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
4.4 Psicologia
4.5 Livelli di cura ad elevate intensività ed integrazione assistenziale
4.5.1 L'ospedalizzazione domiciliare (OD)
4.5.2 La rete delle cure palliative e degli interventi assistenziali nella fase finale della vita
4.5.3 La terapia del dolore e l'ospedale senza dolore
4.5.4 Patologie cronico-degenerative
5. I PROGETTI INNOVATIVI – IL SOSTEGNO E LO SVILUPPO DELLE RETI
5.1 Il *Network* di patologia
5.2 La rete delle farmacie
5.3 La politica del farmaco
5.4 La medicina complementare
5.5 La rete lombarda *Health Promoting Hospitals* (HPH)
5.6 Ospedale di comunità: cure intermedie
5.7 Internazionalizzazione del servizio sanitario lombardo
5.8 Emergenze sanitarie internazionali
5.9 La coprogettazione come risorsa
5.10 *Profit*, no *profit* e quasi mercato
5.11 Impresa sociale e fondazioni
5.12 Monitoraggio dei costi nelle residenze socio assistenziali (RSA)
5.13 Case management
5.14 Custode sociosanitario
5.15 Iniziative in quartieri periferici disagiati
5.16 Telefonia sociale
5.17 Innovazione tecnologica (domotica)
5.18 Sportello disabili
ALLEGATI
GLOSSARIO
Principali fonti normative citate

INTRODUZIONE

1. Il modello federale di governo

Le istituzioni evolvono se evolve la loro interrelazione con i cittadini, se sono in grado di indurre e favorire la riqualificazione dei rapporti volti alla centralità della persona, se sanno porsi in una logica sinergica, non occasionale, né sporadica, con i saperi socialmente utili.

Negli ultimi anni, il settore sanitario è stato sottoposto ad un processo di profonda trasformazione sia degli assetti organizzativi ed assistenziali che dei meccanismi di riparto delle risorse, che ne ha sostanzialmente modificato il funzionamento interno, attribuendo un ruolo di primo piano al livello di governo regionale. Tale processo di regionalizzazione della sanità si è svolto in parallelo con il più generale percorso di riforma istituzionale volto alla trasformazione del nostro ordinamento in senso federale: è infatti proprio nel settore sanitario che tale percorso di progressivo decentramento di funzioni e di poteri dallo Stato centrale alle Regioni ha sperimentato le sue più significative applicazioni e i suoi più rilevanti sviluppi.

Il problema di fondo è essenzialmente legato al fatto che spetta allo Stato non solo determinare i livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti sull'intero territorio nazionale (competenza questa destinata peraltro a rimanere in capo all'amministrazione centrale anche in un sistema propriamente federale), ma anche individuare il limite massimo di risorse che devono essere destinate annualmente alla sanità, nonché stabilire i criteri di riparto tra le diverse Regioni.

La equa ripartizione interregionale del finanziamento rappresenta tuttavia un obiettivo molto difficile da raggiungere, per una serie di motivi coincidenti sia con la mancata definizione operativa dei livelli essenziali di assistenza che con l'assenza di una vera e propria programmazione sanitaria dotata di meccanismi di verifica *ex-post* tali da rendere quanto meno valutabile il divario esistente tra il sovracosto dovuto ad inefficienze ed incapacità di governo regionale ed il sovracosto derivante da maggiori reali necessità di spesa. Altro rilevante problema è peraltro quello legato alla perdurante mancanza di una analisi attendibile dei costi delle funzioni che le Regioni devono svolgere per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza: l'approccio nazionale continua infatti ad essere finalizzato ad una mera «quadratura» dei conti, senza alcuna valutazione della congruità delle risorse stanziate rispetto alla tipologia e alla volumetria appropriate della domanda regionale, senza l'applicazione del benchmarking tra le Regioni, senza un'analisi delle modalità di gestione del sistema sanitario e della programmazione implementate dalle singole Regioni.

Il risultato è che, date le prestazioni da erogare, date le risorse disponibili, l'autonomia decisionale delle Regioni si limita di fatto alla scelta delle migliori strategie organizzative e funzionali per la promozione dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse e l'efficacia nell'impiego delle medesime. Non si può peraltro ignorare che proprio negli ultimi anni sembra essersi affermata una certa propensione dello stesso legislatore statale ad orientare e vincolare l'autonomia decisionale delle Regioni anche sotto il profilo delle strategie organizzative ed assistenziali elaborate nel settore sanitario: tali «invasioni di campo» del legislatore statale (che ad esempio si concretizzano nella fissazione degli standard di posti letto ogni mille abitanti, ovvero nella individuazione delle tariffe massime di rimborso delle prestazioni erogate dalle singole strutture sanitarie) sembrano infatti trovare la loro giustificazione nell'esigenza dello Stato – in quanto responsabile finale dei flussi finanziari e dei saldi di bilancio – di garantire che le risorse disponibili siano effettivamente spese secondo criteri di efficienza economica.

Tali anomalie di fondo dell'attuale modello di regionalizzazione della sanità si concretizzano nei rapporti spesso conflittuali tra Stato e Regioni e tra le stesse Regioni, nei continui contenziosi sui disavanzi, nonché nella stessa incertezza delle Regioni in ordine al quadro dei poteri loro riconosciuti in un sistema di riparto delle competenze dai confini spesso confusi ed a volte addirittura contraddittori.

L'individuazione di tetti di spesa riferiti alle singole sottovoci della spesa sanitaria regionale e commisurati non all'obbligazione erogativa regionale, ma alla spesa che lo Stato decide di finanziare rapportandola al PIL, è ad esempio una chiara reiterazione dei tradizionali ed ormai consolidati meccanismi di mantenimento del controllo centralizzato sulla finanza pubblica; è d'altronde evidente che tali meccanismi sono destinati ad apparire

antistorici in un contesto nel quale le obbligazioni dei livelli essenziali di assistenza sono state decentrate alla responsabilità regionale.

Non va peraltro sottovalutato che lo stesso principio della responsabilità delle Regioni in ordine alla garanzia dei saldi contabili concordati nei Patti di stabilità è stato sottoposto negli ultimi anni ad una serie di eccezioni e di deroghe: proprio nelle ultime leggi finanziarie statali è stata infatti reiterata quella tradizionale prassi dell'intervento statale di ripiano dei debiti maturati dalle Regioni nel settore sanitario che non solo si pone in palese contraddizione con le regole del federalismo, ma che oltretutto rischia di penalizzare proprio le Regioni più virtuose in termini di efficienza di spesa. I deficit strutturali di poche Regioni rischiano infatti di causare la recessione delle altre.

Le anomalie e contraddizioni ora descritte devono pertanto essere superate attraverso un processo di evoluzione positiva del modello di federalismo sanitario.

In questa direzione si muove la richiesta di Regione Lombardia di ottenere ulteriori forme di autonomia, così come previste dall'articolo 116 (relativamente alle competenze di cui al secondo e terzo comma dell'articolo 117) della Costituzione vigente.

Un federalismo sanitario evoluto, di norma, presenta quattro vantaggi fondamentali.

In primo luogo, il federalismo sanitario rappresenta, sotto il profilo politico, la traduzione concreta del concetto di democrazia, esplicandosi nella compiuta realizzazione del principio di sussidiarietà: proprio la sussidiarietà, infatti, in qualità di principio cardine del nuovo modello federale di governo della sanità, operando in stretta connessione con il principio di solidarietà di cui all'art. 2 della Costituzione del quale richiama la necessaria applicazione, costituisce la premessa per l'autonomia organizzativa dei modelli regionali pur nella comune garanzia dei livelli essenziali di assistenza. Il nucleo essenziale della sussidiarietà è ravvisabile nell'esigenza di far coincidere il livello di risposta sanitaria, sociale, politica e amministrativa con quello del bisogno espresso ed inespresso del cittadino.

In questo senso, principi cardine del federalismo in ambito sanitario dovranno essere l'adeguatezza, l'efficacia, l'efficienza e la differenziazione, intesa come non sovrapposizione di competenze.

Il secondo beneficio che si potrà conseguire con la devoluzione sanitaria è quello dell'adeguamento delle politiche e degli interventi alle specifiche esigenze di territori che presentano bisogni diversificati e mutevoli. Attraverso il federalismo, infatti, si potranno creare le condizioni per realizzare, sia a livello interregionale che in ambito infraregionale, strategie mirate ed efficienti di intervento in relazione ai fattori geomorfologici, sociodemografici e socioeconomici specifici di ogni territorio che, dando origine a diversificati bisogni nei cittadini, presuppongono una differenziata risposta. Solo i livelli intermedi di governo subregionali, coincidenti con le Province ed i Comuni, in forma singola o associata, sono infatti in grado di adeguarsi più plasticamente alle esigenze sociali, economiche e culturali in continuo divenire, svolgendo funzioni di garanzia e di equilibrio della domanda/offerta delle prestazioni sanitarie in termini di «esistenza», «accessibilità» e «qualità di processo». Il terzo aspetto positivo del federalismo (e del federalismo fiscale che necessariamente ne dovrà conseguire) coinciderà con una maggiore assunzione di responsabilità da parte delle Regioni e, a cascata, delle Province, dei Comuni (questi ultimi, cioè gli Enti locali avranno però titolarità di funzioni e oneri differenziati rispetto al livello regionale). Quarto beneficio del federalismo coincide con l'indipendenza che viene garantita ad ogni Regione – pur nella generale ed indifferenziata garanzia dei livelli essenziali di assistenza – nella concreta formulazione ed attuazione della politica sanitaria regionale; tale indipendenza, infatti, è destinata a favorire, in una sorta di concorrenza istituzionale tra le Regioni, lo sviluppo di un percorso virtuoso di miglioramento della qualità del servizio che porterà significativi vantaggi alla vita quotidiana di tutti i cittadini.

In particolare, i benefici derivanti dall'implementazione di un modello di governo federale della sanità sono destinati ad assumere specifico rilievo nella realtà regionale della Lombardia, ove negli ultimi anni si sono affermate nuove dinamiche e mutamenti dello scenario sociodemografico, epidemiologico e sociale (l'incrementale invecchiamento della popolazione, lo sviluppo delle pluripatologie, la maggiore complessità dei processi e dei percorsi diagnostico-terapeutici, la riduzione della potenzialità di assistenza informale da parte dei nuclei familiari, ecc.) che hanno contribuito alla creazione di aree socio-demografiche e socio-economiche caratterizzate da una differenziazione della domanda territoriale di servizi. Da questo progressivo ed importante mutamento dello scenario sociale originano le grandi sfide alle future politiche sanitarie regionali cui debbono corrispondere originali tattiche e strategie di risposta; già nella legislazione regionale vigente, peraltro, nell'ambito dell'articolazione ed organizzazione dell'assistenza sanitaria, è stata valorizzata l'autonomia di governo delle ASL, la cui competenza territoriale coincide tendenzialmente con il territorio provinciale, mentre ai distretti è stata affidata la competenza territoriale di aree tendenzialmente omogenee. Ovviamente, affinché tutti questi aspetti positivi possano esplicarsi liberamente, è necessario che il processo di federalismo sanitario trovi attuazione e complemento nella più generale riforma del federalismo fiscale, oggetto dell'attuale dibattito istituzionale sull'attuazione dell'art. 119 della Costituzione.

La devoluzione delle competenze in uno dei settori chiave del sistema nazionale di Welfare state non può, infatti, concretamente realizzarsi senza una contestuale definizione della questione del federalismo fiscale, e quindi di una profonda riforma degli attuali meccanismi che presiedono all'allocazione delle risorse tra i diversi livelli di governo in relazione alle competenze a ciascuno attribuite. Nello specifico, è necessario perseguire, sia a livello nazionale che regionale, un equilibrio ideale tra la piena attuazione dell'autonomia finanziaria e quindi della sovranità di spesa e di entrata dei diversi livelli di governo ed i meccanismi di riequilibrio e di solidarietà, al fine di realizzare un federalismo di crescita competitiva che non trascuri tuttavia i necessari correttivi di tipo perequativo.

Da una parte, è necessario procedere ad una revisione degli attuali meccanismi di riscossione, che dovrà ispirarsi ad una maggiore prossimità dell'ente riscossore rispetto al reddito tassato, al fine di realizzare, attraverso la corrispondenza tra responsabilità delle entrate e delle spese e mirando alla tendenziale autosufficienza dei diversi livelli di governo rispetto alle funzioni loro attribuite, una benefica concorrenzialità tra enti. Le strategie più adeguate di risposta richiedono, infatti, una preventiva analisi della domanda territoriale che solo le comunità locali, grazie alla loro vicinanza – anche fisica – alle sorgenti dei bisogni ed ai centri erogatori sono in grado di esprimere; in questo senso, la domanda appropriata sale dal territorio, dal basso verso l'alto, mentre i progetti di governo, in risposta a tale domanda, sono finanziati dall'alto verso il basso, in una logica di servizio e di governance.

Dall'altra parte, la realizzazione di un federalismo solidale comporta, necessariamente, l'applicazione di meccanismi perequativi, quali salvaguardia ed ammortizzatori, atti a consentire, anche alle Regioni e ai territori fiscalmente più deboli, il progressivo sviluppo verso lo standard nazionale e la garanzia delle prestazioni necessarie ai cittadini. Tali meccanismi perequativi dovranno essere modulati sulla base di indici quali la capacità fiscale teorica, la capacità di recupero dell'evasione fiscale e dell'efficienza nell'erogazione dei servizi pubblici, sì da incentivare comportamenti virtuosi ed impedire che le risorse pubbliche vadano a coprire non già esigenze reali, bensì situazioni di inefficienza o addirittura di spreco. I vantaggi che i cittadini potranno ricevere da un sistema di questo tipo si potranno avvertire sia sul piano dell'efficacia e della tempestività di risposta degli apparati pubblici nell'erogazione dei servizi di rispettiva competenza, sia sul piano della accountability, e cioè della trasparenza e della verificabilità dei risultati della gestione finanziaria di ciascun ente.

In conclusione, il federalismo sanitario rappresenta una delle principali sfide che la Regione Lombardia dovrà affrontare nei prossimi anni e che è destinata a cambiare in maniera sostanziale lo stesso rapporto tra cittadini, strutture sanitarie ed istituzioni. Solo attraverso la progressiva evoluzione verso un nuovo modello di governo federale della sanità sarà infatti possibile individuare – nella comune garanzia sociale inalienabile di un modello assistenziale di stampo universalistico rivolto a tutti i cittadini, indipendentemente dalle loro capacità di contribuzione fiscale – l'equilibrio ottimale fra le esigenze spesso divergenti della sostenibilità economica del sistema e della più piena corrispondenza del servizio ai mutevoli bisogni degli utenti.

2. La missione e gli obiettivi del sistema lombardo

Secondo l'OMS, il sistema sanitario ha come compito quello di «dare più anni alla vita e più vita agli anni», effettuando inter-

venti efficaci ed efficienti sia in ambito preventivo sia curativo e riabilitativo. In questa prospettiva, diventa fondamentale passare dalla gestione della sanità con prevalenti aspetti curativi alla gestione della salute con attenzione alle condizioni di benessere complessivo.

Inoltre, lo stesso trattato dell'Unione Europea afferma che un alto livello della protezione della salute umana deve essere assicurato nella definizione e nell'implementazione di tutte le politiche ed attività.

2.1 Il governo del Sistema sanitario

La crescita dei sistemi sociali, l'evoluzione delle conoscenze scientifiche, l'introduzione delle moderne tecnologie e lo sviluppo impetuoso della società multimediale hanno accresciuto in maniera rilevante e con rapidità sia il «bisogno collettivo di salute» della popolazione che la coscienza individuale rispetto alle proprie «attese di salute» ed alla ricerca delle risposte più adeguate. Ciò potrebbe determinare una crescita inarrestabile della domanda, sul piano qualitativo e quantitativo, rendendo critico l'impiego delle risorse destinate, che sono limitate. A fronte di tutto ciò, i governi nazionali e regionali sono tenuti a rimodulare la propria azione ed a individuare nuovi obiettivi.

Oltre a ciò avanzano due fattori di sfida:

- la continua necessità di garantire i servizi e gli investimenti in un contesto di crescita relativamente lenta dell'economia, e conseguentemente delle risorse disponibili;
- l'apertura delle frontiere europee alla libera circolazione dei pazienti che lancia alle strutture lombarde la sfida della qualità su base continentale.

Per migliorare ulteriormente la programmazione e l'erogazione delle cure, particolare impegno dovrà essere posto nell'esatta identificazione dei bisogni sanitari.

Il problema dell'individuazione delle prestazioni che devono essere garantite a tutti i cittadini, nell'ambito delle risorse disponibili, sta infatti impegnando da molti anni le istituzioni pubbliche di tutti i Paesi.

È ormai universalmente riconosciuto che la domanda non è direttamente correlabile al bisogno, anche per l'esistenza di:

- bisogni sanitari non espressi, determinati dall'incapacità di riconoscere (da parte del paziente o della sua famiglia, ma talora anche del medico) determinati problemi di salute;
- richieste di prestazioni non appropriate per inadeguate conoscenze, «consumismo» sanitario, medicina «difensiva»;
- presenza di facilità o difficoltà di accesso alle prestazioni (distanze, orari o procedure per l'accesso).

Numerosi studi hanno inoltre evidenziato una relazione diretta tra l'incremento dell'offerta (numero di medici, di tecnologie, di posti letto, di prestazioni) e l'incremento della domanda, che ha portato al noto aforisma che «in sanità è l'offerta che determina la domanda». Vi sono peraltro talune evidenze che l'incremento dell'offerta da parte di alcune strutture si accompagna progressivamente non solo ad un incremento della domanda, ma anche ad una riduzione dell'appropriatezza. Lo stesso studio delle liste di attesa ha confermato la contraddizione di fondo per cui proprio nelle prestazioni dove vi sono tempi di attesa più lunghi spesso si trovano i tassi di inappropriatezza più elevati.

Per tutte queste ragioni, si ritiene che inseguire solo l'incremento della produzione per rispondere alla domanda e ridurre i tempi di attesa favorisce non già il raggiungimento di più elevati standard di salute, bensì l'incremento della spesa ed il rischio di inappropriatezza, con conseguente (e paradossale) aumento degli sprechi e delle inefficienze.

Lo stesso concetto di efficienza, d'altronde, non può essere espresso solo dal rapporto tra prestazioni o servizi prodotti ed i costi sostenuti per tale produzione: questo rapporto, infatti, definisce solo il costo unitario e consente di misurare la produttività. Piuttosto, il concetto di efficienza deve essere rappresentato dal rapporto tra il risultato che si è determinato (come stato di salute o comunque risultato positivo prodotto) ed i costi sostenuti per ottenerlo, costi che devono essere compatibili con l'equilibrio finanziario del sistema. Tale approccio è particolarmente importante in sanità, dove i fattori di qualità da considerare sono assolutamente particolari e specifici.

È universalmente riconosciuto che alla base del buon funzionamento di un Sistema sanitario nazionale debbano esserci alcuni principi fondamentali che vanno uniformemente preservati, come vincolo non eludibile:

- il principio del rispetto della dignità umana e dell'universalità;
- il principio del soddisfacimento del bisogno di salute;
- il principio della libertà di scelta del cittadino garantendo equità e pari opportunità di accesso all'assistenza;
- il principio della qualità delle cure e della loro appropriatezza, riguardo le specifiche esigenze;
- il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Il problema è quello di trovare un punto di equilibrio accettabile tra l'uniformità, che è avvertita dai cittadini come un'esigenza fondamentale in materia di sanità (come del resto in tutti gli ambiti che attengono ai «diritti civili e sociali»), e la diversità che discende dai bisogni specifici e dalle scelte organizzative dei livelli istituzionali locali.

2.2 La rete dei servizi

Tema prioritario sarà il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi, e quindi l'aumento dell'appropriatezza nell'uso delle risorse. In particolare, la definizione dell'appropriatezza come buon uso delle risorse impone, in prima istanza, una riflessione sulla struttura dell'organizzazione deputata all'erogazione.

Si può, a questo scopo, fare uso del modello di rete con tre livelli erogativi stratificati in base alla complessità delle cure:

– 3º livello: assistenza ospedaliera a media ed alta tecnologia;

– 2º livello: specialistica, diagnostica di primo e secondo grado, terapia ed assistenza ospedaliera generica;

– 1º livello: prevenzione, medicina di base, attività socio sanitaria e farmacia.

È fondamentale che ogni livello effettui gli interventi appropriati e quindi le risorse vanno allocate di conseguenza.

Il 3º livello erogherà cure di media ed alta tecnologia per patologie acute. Necessita di adeguati volumi di erogazione per il raggiungimento di standard qualitativamente elevati.

L'organizzazione del 2º livello, all'interno della rete regionale, richiede il superamento di alcune criticità territoriali distinguendo tra:

1. le strutture ospedaliere periferiche senza criticità di collegamento con la struttura/presidio ospedaliero di riferimento, per le quali occorre una approfondita riflessione in merito alla loro possibile riconversione, anche sperimentando forme alternative di assistenza e cura, ponendo particolare attenzione a garantire la presenza di mezzi di trasporto con personale preparato per l'emergenza urgenza;

2. le strutture ospedaliere («zonali», storicamente consolidate sul territorio), solitamente costituite da reparti di base (medicina, chirurgia, ostetricia, pediatria) relativamente più distanti dai centri di riferimento. Queste strutture possono essere mantenute, in relazione ad un volume di domanda appropriato a garantire la qualità del servizio, se necessario razionalizzando i posti letto, integrando i reparti, utilizzando al meglio le risorse. In mancanza di questi presupposti si potrà prendere in considerazione una loro riorganizzazione e/o una loro parziale o totale riqualificazione, in particolare per i bisogni del paziente cronico, in termini di:
   - punto di erogazione delle cure primarie (gruppi di cure primarie);
   - poliambulatorio per l'erogazione di prestazioni specialistiche;
   - sperimentazione dell'ospedale di comunità (country hospital) a gestione integrata con i MMG;
   - aggregazione delle sopraccitate tipologie in centri di assistenza territoriali;

3. le strutture ospedaliere, di piccole dimensioni, che servono zone geograficamente disagiate, quali in particolare tutta la fascia alpina, prealpina e le aree montane in genere, in cui vanno assicurati i servizi necessari in base alla domanda locale appropriata. Il livello di competenza del personale potrebbe essere garantito dalla organizzazione dipartimentale ed interaziendale, con personale in turnazione proveniente dal presidio principale di riferimento, per mantenere un'adeguata capacità operativa. Per la riqualificazione di tali strutture, risultano indispensabili:
   - la presenza di unità operative in grado di ripristinare e mantenere le funzioni vitali del paziente, con il supporto di anestesista o intensivista formato attraverso percorsi formativi regionali;

– un pronto soccorso strutturato, dotato dell'adeguato supporto diagnostico e di telemedicina, con possibilità di refertazione e consulto a distanza.

Tutte le strutture ospedaliere di cui ai punti 2) e 3) potranno avvalersi di una organizzazione dipartimentale, anche interaziendale, funzionale alla propria specificità.

Il riordino della rete ospedaliera terrà conto anche dei collegamenti logistici, dell'integrazione con i servizi presenti sul territorio, delle ricadute dei processi di riorganizzazione sul personale in servizio e avverrà con il coinvolgimento degli enti locali e la consultazione delle organizzazioni sindacali.

L'organizzazione del 1º livello nella rete sanitaria, socio-sanitaria e sociale sarà quella che trarrà il maggiore vantaggio dalla sussidiarietà verticale ed orizzontale.

La rete dei servizi si svilupperà secondo la logica del network di patologia con un costante monitoraggio delle evidenze epidemiologiche rilevate nei rispettivi bacini d'utenza al fine di evitare un eccesso di offerta.

2.3 I sistemi di valutazione, la qualità dei servizi e l'analisi di impatto delle politiche

In relazione al tema della valutazione della qualità dei servizi, sarà indispensabile proseguire il percorso iniziato fin dal 1999 con quella che può essere definita la valutazione *ex-ante* dei servizi sanitari e che coincide con il percorso di certificazione dei processi e di valutazione delle strutture con gli standard di qualità. Questa parte del lavoro, che è la premessa per un «ben lavorare» all'interno delle strutture, richiede che siano introdotti elementi oggettivi e scientificamente validati di misurazione dell'efficacia e dell'appropriatezza dei servizi erogati. A questo fine, i fronti della qualità possono essere individuati come segue:

- Valutazione dell'efficienza
- Valutazione dell'appropriatezza
- Valutazione del grado di soddisfacimento del bisogno
- Valutazione del corretto inquadramento epidemiologico
- Valutazione dell'efficacia/outcome (*ex-post*) dei servizi erogati, entrando nel merito di ciò che accade dopo l'erogazione dei servizi
- Valutazione della customer satisfaction (soddisfazione del cittadino), rendendo lo strumento di indagine più adeguato dal punto di vista contenutistico e statistico
- Valutazione della soddisfazione degli operatori
- Valutazione della patient safety (sicurezza del paziente, risk management clinico)
- Valutazione delle aziende pubbliche e private accreditate mediante l'utilizzo dei migliori standard di qualità internazionalmente riconosciuti che rappresentano la possibilità di valutare la qualità dei processi sanitari *ex-ante* avvalendosi di indicatori di processo specifici per le realtà sanitarie.

Si dovrà inoltre prevedere di sviluppare, con il contributo delle Università, delle società scientifiche e degli istituti di ricerca, un sistema integrato di valutazione della qualità intesa anche come misurazione del livello di soddisfazione del bisogno sanitario; quest'ultimo, definito come risultante dei nove aspetti sopra menzionati, opportunamente ponderati, potrà dare la misura dell'andamento, più o meno positivo, delle politiche regionali definite in ambito sanitario.

Si procederà inoltre alla valutazione dei fattori ambientali determinanti lo stato di salute individuale al fine di sviluppare sempre più efficaci politiche di promozione della salute.

Nel triennio sarà portato a regime il programma di valutazione delle aziende sanitarie avviato nell'aprile 2004.

Per quanto riguarda l'ambito sociosanitario e sociale, assume un ruolo determinante la messa a punto di strumenti e modelli innovativi attraverso cui sostenere un sistema di qualità e di valutazione delle azioni intraprese per la tutela del benessere oltre che della salute dei cittadini, fornendo loro al contempo, e a tutti gli attori del sistema, un quadro completo delle attività svolte e dei risultati raggiunti.

Le principali leve per il raggiungimento di tale obiettivo sono rappresentate da:

- il sistema di accreditamento e contratto di regola. Esso costituisce altresì il punto di partenza per la programmazione della spesa, per il suo controllo e per la valutazione della sua sostenibilità rispetto ai benefici;
- il sistema di remunerazione delle prestazioni di lungoassistenza. Al fine di orientarsi sempre più verso un modello legato all'efficacia e alla qualità del percorso assistenziale saranno individuate forme di remunerazione finalizzate a questo obiettivo. Tali forme di remunerazione verranno costruite secondo indicatori legati sia alle strutture che all'assistenza globalmente intesa (indicatori di esito/outcome) anche con riferimento al livello di qualità percepita dall'utenza.
In tale direzione sono state messe a punto modalità per la misurazione della customer satisfaction. Nell'ambito della «qualità aggiunta» si colloca altresì l'obiettivo di riconoscere e stimolare, negli Enti gestori, la capacità di esprimere la loro autonomia attraverso la realizzazione di progetti assistenziali innovativi;
- il sistema di vigilanza e controllo. È basato sul rispetto di regole e modalità condivise tra i soggetti coinvolti nell'interesse del cittadino fruitore del servizio. Oltre alla verifica dei requisiti di autorizzazione e accreditamento, è prevista quella della appropriatezza delle prestazioni al fine di realizzare un vero controllo della qualità;
- il sistema di valutazione degli impatti delle nuove regole e delle nuove modalità di risposta ai bisogni. Il percorso iniziato, con particolare riferimento ai processi di voucherizzazione verrà completato.

2.4 Il Terzo settore sanitario, sociosanitario e sociale

Nell'ambito sanitario, tra le azioni strategiche da promuovere nel prossimo triennio, particolare attenzione deve essere rivolta all'implementazione di una nuova strategia di confronto e di ricerca di sinergie, che possa essere applicata a molti degli interventi previsti dal Piano Socio-Sanitario Regionale ed in particolare a quelli che sono in diretta relazione con il cittadino. In questo senso, si parla dell'attivazione di un «Tavolo del Terzo settore Sanitario». Questa articolazione organizzativa, espressione forte di «sussidiarietà orizzontale», consentirà interventi efficaci nei percorsi dell'accoglienza (accessibilità, tempi di attesa, ecc.) dei cittadini, oltre che nelle attività di «educazione» e «prevenzione», individuando eventualmente fonti di finanziamento per poter sostenere il settore del volontariato in sanità. Va peraltro sottolineato che gli interventi educazionali richiedono una preparazione specifica.

Le associazioni di pazienti o parenti sono molto attive sia nella informazione sulla malattia sia nel supporto pratico ai potenziali nuovi utenti. Inoltre, tali associazioni giocano un ruolo strategico nella sinergia dei progetti di promozione della salute e sono attente lettrici del bisogno dei pazienti, per cui, in un'ottica di sussidiarietà spinta, possono sicuramente offrire significativi contributi a politiche sanitarie sempre più efficaci.

In ambito sociosanitario e sociale, in linea di continuità con gli obiettivi e le azioni intraprese per lo sviluppo e la promozione del Terzo settore si intende consolidare ed innovare il sistema del partnerariato quale modello di governance istituzionale che, nel riconoscimento dell'importanza reciproca dei diversi livelli di governo e dei differenti ruoli, favorisce il coinvolgimento di tutti gli attori della società civile nel processo di progettazione e attuazione delle politiche di sviluppo sociale.

In questa prospettiva si inserisce l'attività permanente del Terzo settore per affrontare le problematiche con un percorso comune di confronto, riflessione e valorizzazione delle esperienze di solidarietà e partecipazione.

Tra gli elementi caratterizzanti l'attività del Terzo settore si evidenzia il ruolo propulsivo assunto dalle diverse articolazioni tematiche del Tavolo del Terzo settore sociosanitario e sociale che, in modo dinamico e partecipato hanno consentito e consentiranno di approfondire i singoli ambiti di intervento quali, ad esempio, il Tavolo minori, anziani, disabili, Piani di zona.

2.5 L'integrazione degli interventi sanitari con gli interventi socioassistenziali

Il superamento di servizi settoriali e l'alternativa introduzione di servizi integrati si fonda sulla necessità di considerare la globalità della persona in tutte le sue dimensioni, con particolare riguardo ai disturbi, problemi o patologie correlati alla componente psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa, agli stili di vita e ai fattori ambientali. In tali servizi, è quindi fondamentale che si guardi sistematicamente al rapporto tra la persona e i propri contesti di vita, agendo sui fattori che ne favoriscono lo sviluppo.

Chi ricorre ai servizi dell'area socio sanitaria si trova solita-

mente in uno stato di bisogno e di non autosufficienza che non gli consente di provvedere a se stesso e che pertanto lo pone nelle condizioni di necessitare di un aiuto esterno. Per queste ragioni, la persona fragile e la sua famiglia devono costituire l'esclusivo riferimento per determinare regole e procedure.

La presa in carico dei problemi e dei programmi di intervento nei servizi ad elevata integrazione rappresenta, infatti, non solo una forma di intervento o una modalità di gestione, ma soprattutto un requisito fondamentale per l'identità del servizio e per la messa a punto di setting operativi e organizzativi utili al consolidamento dell'identità interna ed esterna del servizio medesimo.

Inoltre, la presa in carico non riguarda soltanto i servizi che stabiliscono un rapporto con la persona o la sua famiglia, ma coinvolge anche la comunità locale nelle sue diverse espressioni, con particolare riguardo alle realtà solidaristiche.

Il ruolo assegnato all'integrazione socio-sanitaria per la costruzione dei servizi del nuovo sistema del welfare è evidente. Il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale intende affermarsi quale strumento atto ad individuare un nuovo assetto dell'organizzazione dei servizi nel territorio. Ancora una volta, in particolare, l'attenzione si sposta sui MMG, sui pediatri di libera scelta e sugli operatori sanitari di comunità che sono chiamati a svolgere un nuovo, fondamentale, ruolo. Il gradimento dei cittadini verso l'assistenza di base consiglia infatti di recuperare a pieno questa risorsa, riportandola al centro della risposta sanitaria. Tale cambiamento deve avvenire in raccordo con le altre presenze nel territorio, uniformandosi all'interno di un governo unitario dei servizi sociosanitari nel territorio, che si esprimerà anche attraverso la partecipazione alle scelte di programmazione al fine di garantire la conformità agli obiettivi di salute programmatici.

I cambiamenti di contesto inducono a ridisegnare il modello sociosanitario recuperando e valorizzando il sistema delle relazioni e le diverse forme di appartenenza solidali di cui la società lombarda è ricca; in continuità con il PSSR 2002/2004, il passaggio dal welfare dei diritti a quello delle responsabilità centrato sulle esigenze della famiglia è un tema prioritario nella nuova programmazione.

Il punto centrale del sistema lombardo, al di là della sostenibilità finanziaria, è quello delle appartenenze; infatti senza il sistema delle relazioni familiari, esso non sussisterebbe.

La famiglia sostiene il maggior carico del welfare, ma è l'ultima dei beneficiari del sistema pubblico sia in termini di trasferimenti monetari che di erogazione di servizi soprattutto se numerosa.

PARTE I

1. Il contesto di riferimento e le linee di sviluppo

1.1 Il miglioramento continuo della qualità nel sistema: prospettive future

La sfida che ancora una volta si pone innanzi al nuovo PSSR 2007-2009 è la prosecuzione di quel percorso di riforma del sistema socio-sanitario e sociale regionale e del rapporto tra questo e la società civile che, soprattutto a seguito dell'approvazione della legge n. 31 del 1997, ha rivestito un ruolo centrale all'interno delle attività di governo regionale. Data l'esigenza di garantire, attraverso la flessibilità dell'offerta, l'effettiva soddisfazione dei bisogni espressi dai cittadini, il PSSR 2007-2009 intende infatti continuare il cammino intrapreso dal precedente Piano Socio-Sanitario Regionale, adeguando le sue azioni programmatiche alle nuove sfide provenienti da una realtà in continuo divenire e alle nuove esigenze di promozione della qualità ed appropriatezza del servizio.

Il PSSR 2002-2004 ha puntato la sua attenzione sulla riqualificazione della rete di offerta, ha dato indicazioni per il riordino della rete dell'emergenza urgenza, ha tracciato la strada per la riqualificazione della rete degli ospedali per acuti, individuando azioni per il governo degli ospedali pubblici, ha esteso il sistema di autorizzazione e accreditamento a tutta la rete socio sanitaria; in particolare, il PSSR 2002-2004 si è occupato del completamento della rete di offerta «tradizionale», indicando la necessità di un complessivo riordino dell'attività di riabilitazione, concretizzatosi nel 2004.

Il lavoro fatto in questi anni ha consentito di tenere sotto controllo ed in equilibrio il sistema, privilegiando l'approccio dello «*status quo*» in relazione alla rosa di servizi offerti. Il passo ulteriore che dovrà essere compiuto richiede di sviluppare la funzione di garanzia e tutela a livello centrale (regionale) come coordinamento e verifica delle programmazioni provinciali, sviluppando metodi e meccanismi di controllo virtuosi in modo da garantire che i LEA (indipendentemente da come verranno nuovamente determinati) siano assicurati in modo equo su tutto il territorio regionale, in armonia con le differenti caratteristiche socio-economiche e geografiche delle aree territoriali di competenza delle ASL. Potrà conseguentemente rendersi necessaria, anche in considerazione di disposizioni nazionali, una diversa articolazione territoriale di alcune ASL (ad esempio la Provincia di Monza). Questa sarà anche l'occasione per una riconsiderazione complessiva dell'area metropolitana milanese con valutazione delle necessità di coordinamento ed integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari, che porterà ad una programmazione specifica, previa consultazione del Comune di Milano, degli enti locali coinvolti e dei soggetti interessati.

Il PSSR 2002-2004 ha inoltre posto le fondamenta per la costruzione della seconda fase attuativa della legge 31/97. La prima fase, che può essere fatta coincidere con il periodo 1997-2002, ha visto il nascere ed il compiersi del percorso di accreditamento: attraverso tale processo, sulla base di presupposti di sicurezza di struttura e di processo validi per tutti i soggetti erogatori, la Regione Lombardia ha permesso che crescesse un sistema di erogazione dei servizi partecipato da chi accettasse le regole del sistema, le tariffe ed i controlli sulle attività, senza effettuare a priori una preselezione ideologica sulla base della natura pubblica o privata della gestione dei servizi. È importante sottolineare che il concetto di libertà di scelta del luogo di cura rappresenta un diritto stabilito anche dalla normativa nazionale di riferimento, che tuttavia, per essere esercitato, necessita di una molteplicità di soggetti erogatori e di una vicinanza dei servizi.

La presenza di una molteplicità di soggetti erogatori ha permesso anche di porre le basi per lo sviluppo della qualità dei servizi; in un contesto di monopolio autoreferenziale, è infatti molto difficile che il sistema trovi al suo interno gli stimoli per iniziare un vero percorso di verifica della qualità dei servizi intesa come misura dell'efficienza degli stessi, dei loro risultati (outcomes) e del loro gradimento rispetto ai cittadini ed agli operatori delle strutture sanitarie. Il problema della qualità del servizio si pone infatti solo quando c'è la reale necessità, per un soggetto, di essere migliore e più gradito rispetto ad altri potenziali concorrenti nell'erogazione delle stesse attività.

La seconda fase può quindi essere ben definita in sintesi come la fase della qualità e dell'appropriatezza perseguite attraverso il coinvolgimento e la corresponsabilizzazione di tutti i soggetti

che operano nel sistema **(1)**. La recente storia insegna quindi che lo sviluppo quantitativo di un servizio non può prescindere dal livello qualitativo del medesimo e che Regione Lombardia è ormai pronta ad affrontare il percorso di consolidamento, di mantenimento e di differenziazione della modalità di erogazione dei servizi, al fine di renderli più adeguati alle necessità della popolazione. In particolare l'attuazione del PSSR 2002-2004 ha esteso anche alla rete delle strutture sociosanitarie il sistema dei controlli di appropriatezza e ha introdotto uno strumento per il monitoraggio della condizione di fragilità della popolazione anziana.

Negli ultimi due anni si è registrata una profonda tensione finanziaria sul sistema, che da una parte ha reso necessari interventi urgenti di contenimento e che, dall'altra parte, ha rivelato che l'architettura della programmazione sanitaria si basa sempre più sul preliminare inventario delle risorse disponibili e sulla preliminare analisi dei bisogni individuabili nel sistema. Gli ultimi accordi Stato-Regioni del marzo 2005 hanno stabilito degli obiettivi di sistema in termini di offerta di posti letto per mille abitanti che vedono la Regione Lombardia collocata al massimo livello quantitativo dei servizi, posizione peraltro identica rispetto all'offerta di posti letto in RSA; emerge conseguentemente l'esigenza di perfezionare sempre più il livello di appropriatezza di erogazione delle prestazioni e di sviluppare delle modalità alternative di garanzia dei servizi.

La stessa innovazione tecnologica, ad esempio, da un lato permette di varcare frontiere mai oltrepassate, ma dall'altro lato introduce nuove modalità di effettuazione di prestazioni che già oggi sono garantite. Come già accade a livello nazionale per i farmaci e che invece manca per le altre tecnologie diagnostico-terapeutiche, la Regione dovrà dotarsi di strumenti adeguati per valutare l'introduzione delle tecniche innovative. Questo compito di indirizzo e di valutazione delle tecnologie – quando non incide sul LEA, ma si limita ad entrare nel merito delle modalità di erogazione dello stesso – è infatti di competenza regionale e non può più essere procrastinato nel tempo.

Ne consegue che le attività programmate nel nuovo Piano devono certamente avere la caratteristica di compatibilità finanziaria e di crescita di sistema. Parlare di crescita del sistema dopo che si è riconosciuto che su molti aspetti ci si trova già ai massimi livelli quantitativi previsti dalla normativa vigente può sembrare un paradosso. In realtà, sulla base delle premesse appena fatte, è possibile sostenere che le azioni di seguito elencate rappresentano dei veri elementi di crescita. La crescita del sistema può, infatti, essere ipotizzata come crescita complessiva nella valutazione dell'erogazione dei livelli di assistenza, nel confronto sui livelli quali-quantitativi dei servizi erogati in relazione alle risorse impiegate, nella diversa articolazione dell'impiego di risorse per rispondere in modo innovativo ai «nuovi bisogni». Pensare ad un significativo incremento delle risorse *tout court* non è, infatti, ipotizzabile nello scenario a medio termine.

Alla luce di queste esigenze e di queste problematiche diffuse, il Piano conferma i «valori» e le scelte di fondo che hanno finora informato lo sviluppo del modello sanitario lombardo:

1. «i valori primari della dignità di ogni persona, e della non discriminazione, la centralità del cittadino e della famiglia, l'importanza dei corpi intermedi, il primato della società su ogni forma di degenerazione statalista e burocratica, il ruolo delle istituzioni in una società aperta»;

2. «la solidarietà intesa come sostegno reale, non assistenzialistico, a chi è nel bisogno che si realizza attraverso la partecipazione e condivisione di diritti e doveri nella società»;

3. la decisione di affidarsi al criterio della «programmazione strategica e negoziata» in cui vengano individuati obiettivi prioritari;

4. un ruolo regionale di governance che funga da «volano» rispetto al tessuto sociale e istituzionale, in grado di «valorizzarne le diverse autonome competenze, coerente con lo sviluppo del principio di «sussidiarietà istituzionale» o «sussidiarietà solidale»;

5. una separazione tendenziale tra il livello sanitario (di primaria competenza regionale) e il livello socio-assistenziale (di primaria competenza comunale) fatta salva la competenza regionale in materia socio-sanitaria;

6. la distinzione metodologica e di competenze tra chi «programma, acquista e controlla» e chi «produce» il servizio;

7. la valorizzazione delle strutture territoriali per una effettiva integrazione delle attività di promozione alla salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Dati questi valori di fondo, il PSSR individua le linee di sviluppo del sistema. Le coordinate di questa traiettoria sono rappresentate dalla l.r. 31/1997, dal Programma Regionale di Sviluppo approvato con d.c.r. n. VIII/25 del 26 ottobre 2005 e dal Documento di Programmazione Economico-Finanziario Regionale 2006–2008 approvato con d.c.r. n. VIII/26 del 26 ottobre 2005. In particolare, il PSSR 2007-2009 dovrà dare risposte a bisogni «non tradizionali» e in parte non soddisfatti nei seguenti ambiti di intervento:

– la prevenzione rappresenta un settore che, pur tradizionalmente ben strutturato e con una forte organizzazione territoriale, deve oggi adeguarsi a nuove esigenze e nuove strategie di intervento. Gli approcci tradizionali di tipo ispettivo e «certificativo» o le grandi organizzazioni centralistiche di sanità pubblica devono infatti essere rivisti con un nuovo lavoro sul campo, (sempre più decentrato fino al coinvolgimento diretto del cittadino in progetti che lo vedano attore e non solo oggetto di studio) fondato sul recupero forte della evidenza scientifica ed impostato sulla responsabilità dei singoli cittadini, del mondo produttivo, degli erogatori di servizi in genere, senza però disperdere quella forte e diretta presenza capillare sul territorio del servizio pubblico che ha garantito nel tempo importanti risultati sanitari. In particolare, sarà fondamentale che il sistema adotti una puntuale strategia per la promozione di corretti stili di vita, intesi non solo come sensibilizzazione dei danni da fumo, alcool, droghe, velocità, ma anche come educazione alla sana alimentazione e quindi lotta all'obesità e ai disturbi del comportamento alimentare, al rispetto dell'ambiente, alla necessità di praticare gli sport pericolosi solo se adeguatamente attrezzati/allenati, e all'opportunità di evitare altre attività ludiche poco sane. Importante è anche il metodo di intervento, che deve partire dai bambini e dai genitori, dagli educatori ed insegnanti alleandosi con le scuole, in una politica di generazione tale da promuovere una diffusa sensibilizzazione nei confronti di quei comportamenti pericolosi per la salute fino ad ora sconosciuti.

Sarà fondamentale inoltre che il sistema implementi una puntuale strategia anche in tema di sanità pubblica veterinaria e cioè di tutte quelle attività rivolte agli animali e ai prodotti alimentari di origine animale che hanno lo scopo di promuovere e tutelare la salute e il benessere dell'uomo e degli animali attraverso un miglioramento delle condizioni sanitarie, delle condizioni di allevamento e produzione di questi ultimi, nonché dei connessi processi di trasformazione, in un contesto anche ambientale di convivenza uomo-animale serena e consapevole;

– l'area socio sanitaria riveste crescente importanza nella programmazione regionale per il progressivo aumento della quota fragile della popolazione**.** Inoltre, è necessario operare non nella logica dei servizi, per lo più settoriale, ma in quella dei bisogni da soddisfare, attraverso la definizione di una rete di interventi integrati e a diversa intensità di cura, nonché di percorsi volti alla semplificazione delle procedure, all'individuazione di regole omogenee per servizi omogenei, alla promozione dell'appropriatezza;

– l'assistenza e cura post-acuta e cronica si avvarrà dell'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata, dell'ospedalizzazione domiciliare, dell'assistenza semi-residenziale e residenziale spostando il baricentro dell'azione sanitaria per le persone fragili dall'ospedale o dalla RSA al territorio, avvalendosi anche degli strumenti messi a disposizione dall'ICT e dalla telemedicina. Nella prevenzione terziaria è importante ricomprendere e promuovere una nuova visione della medicina e in particolare della riabilitazione, anche con la verifica dei recenti percorsi per la stabilizzazione ed il reinserimento;

– l'area di disagio sommerso dovuta alle numerose situazioni di emarginazione è stata affrontata in altrettanto numerosi provvedimenti. In particolare l'area delle patologie psichiatriche, NPI è stata oggetto di riordino nel Piano regionale per la salute mentale, costruito sulla necessità di sviluppare i servizi secondo mo-

(1) La prima delibera regionale in tema di qualità risale infatti al 1999 e da allora centinaia di unità operative di strutture pubbliche e private accreditate hanno affrontato prima il percorso di certificazione della qualità dei processi secondo gli standard ISO ed oggi si stanno misurando con gli standard Joint Commission. Fin dal mese di giugno del 1997 la Giunta, prima in Italia, ha istituito i Nuclei Operativi di Controllo delle attività sanitarie ponendo le fondamenta per lo sviluppo appropriato ed etico del sistema degli erogatori.

dalità di erogazione più flessibili rispetto a quelle attuali e più «attente» alle reali necessità di tipo riabilitativo ed assistenziale dei pazienti. La patologia di tipo psichiatrico, soprattutto nelle sue espressioni più gravi, è infatti di tipo cronico e vede incrementare la prevalenza, ovvero il numero, dei pazienti che necessitano di essere seguiti. La sfida dei prossimi anni è, conseguentemente, quella di superare «l'emergenza» della fase immediatamente successiva la chiusura degli ex ospedali psichiatrici e di promuovere una nuova modalità di presa in cura dei pazienti di tipo psichiatrico che preveda, da un lato, delle azioni preventive fin dall'infanzia e, dall'altro lato, delle modalità di cura territoriali e residenziali che siano veramente innovative rispetto alla «vecchia» residenzializzazione forzata;

– il riordino/innovazione della rete poliambulatoriale è un processo finalizzato a garantire un livello di copertura il più possibile omogeneo del territorio attraverso l'integrazione dei presidi ospedalieri e dei presidi extra ospedalieri nell'ambito di una valutazione epidemiologica delle reali esigenze di indagine diagnostica del territorio. In tale settore, attraverso l'ulteriore sviluppo dell'attività di monitoraggio sui tempi di attesa, iniziata fin dal 1997 e trasformata nel 2005 in strumento di programmazione, dovranno essere individuate delle modalità di erogazione delle attività di specialistica ambulatoriale più accessibili in termini di modalità di prenotazione e di conseguente fruizione nelle diverse fasce giornaliere. Parte dell'incremento di risorse disponibili potrà essere destinato dalle ASL a progetti definiti localmente, secondo principi di miglioramento dell'accessibilità ai servizi e di perequazione di eventuali disomogeneità territoriali rilevate nell'offerta dei servizi stessi;

– il mantenimento dell'alto livello qualitativo degli ospedali, attraverso la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri a seconda del tipo di patologia e per il tempo strettamente necessario, rappresenta una priorità assoluta del prossimo triennio;

– la rete dell'emergenza urgenza/118 dovrà essere sviluppata non tanto sotto il profilo quantitativo, quanto piuttosto dal punto di vista qualitativo e gestionale. L'obiettivo di breve termine è quello di integrare il sistema informativo delle centrali operative con quello di accettazione dei pazienti negli ospedali, uniformando i criteri di classificazione dei pazienti; tale intervento rappresenta, infatti, un passaggio obbligato nella direzione della misurazione sia della complessità dei pazienti che usufruiscono dei servizi 118, sia dei risultati a breve-medio termine dei servizi erogati in termini di minore mortalità e/o di più efficace ripristino della funzionalità di organo e di apparato. Anche in questo ambito di intervento, diventa peraltro prioritaria la valutazione dell'appropriatezza di espressione del bisogno sia verso i pronto soccorso che verso le centrali operative del 118. Particolare attenzione dovrà infine essere rivolta alla programmazione degli interventi relativi alle emergenze stagionali, quali quelle rappresentate dall'annuale insorgere dell'epidemia influenzale, con la connessa necessità, per poche settimane, di potenziare l'offerta nelle unità operative di tipo internistico;

– le cure primarie sono state caratterizzate negli ultimi anni da una metamorfosi lenta, ma inarrestabile, soprattutto per la scelta della Regione Lombardia di scommettere da tempo su una medicina di base in forma associata, quale tentativo di risposta alle esigenze di riequilibrio di un modello sanitario fortemente sbilanciato sul livello ospedaliero. Le sfide che dovranno essere affrontate nel triennio riguardano, conseguentemente, l'ulteriore sviluppo delle forme associative come alternativa alle sole prestazioni ospedaliere di I e II livello, l'adozione di strategie per risolvere il problema dell'annosa carenza di pediatri, l'implementazione di proposte riorganizzative finalizzate ad ottimizzare il servizio di continuità assistenziale;

– la rete delle strutture riabilitative è stata recentemente protagonista di un percorso di riordino, tuttora in fase di attuazione, finalizzato alla riclassificazione delle strutture su tre livelli di erogazione dei servizi: la riabilitazione specialistica per interventi post-acuti o intensivi, la riabilitazione generale e geriatrica a carattere indifferenziato ed estensivo, la riabilitazione di mantenimento e di sollievo, destinata alla delicata fase della dimissione. Gli interventi, per il prossimo triennio, sono finalizzati, da un lato, ad approfondire l'analisi dei reali bisogni in ambito riabilitativo, nel tentativo di individuare corrette modalità di erogazione delle cure, e, dall'altro lato, a promuovere l'integrazione della riabilitazione dei settori sanitario e socio-sanitario, per raggiungere una più omogenea distribuzione sul territorio lombardo dei posti letto a carattere riabilitativo;

– la rete delle strutture sociosanitarie anch'essa protagonista di un completo riordino nello scorso triennio;

– la rete sociale che prima a livello nazionale è stata «rivisitata» con i Piani di Zona *ex-lege* 328/2000.

1.2 Il ruolo della Regione e delle ASL

Nel prossimo triennio, è necessario proseguire sul percorso di federalismo regionale dando pieno ruolo di governo alla Regione e valorizzando il ruolo di gestione e organizzazione dei servizi delle ASL, come in parte già previsto dalle regole 2006.

Le ASL dovranno sempre più avvalersi del coinvolgimento degli Enti locali (Comuni, Province, Comunità montane), nelle scelte programmatiche connesse ai bisogni assistenziali attraverso la valorizzazione del ruolo degli organismi per la partecipazione, prevedendo modalità di confronto che garantiscano l'apporto positivo degli Enti stessi.

Le ASL dovranno essere sempre più protagoniste della programmazione locale, intesa come confronto e presa in carico delle richieste dei cittadini di soddisfacimento dei vari bisogni sanitari.

La Regione a sua volta dovrà svolgere il suo ruolo nella definizione delle regole di finanziamento e di funzionamento del sistema e nello svolgimento dell'attività di indirizzo, coordinamento e monitoraggio sia del controllo sulla corretta erogazione dei servizi effettuato dalle ASL territorialmente competenti, sia della negoziazione annuale delle prestazioni con i soggetti erogatori. Un secondo aspetto strategico che deve essere necessariamente definito a livello regionale è quello della determinazione dei livelli quali-quantitativi appropriati di garanzia dei servizi sanitari sul territorio regionale, attività questa che ovviamente sollecita il coinvolgimento corresponsabile di tutti gli attori del sistema. Annualmente le valutazioni che portano alle determinazioni sopraccitate, saranno oggetto di una relazione sulla situazione del SSR nel suo complesso.

Quanto detto rende particolarmente importante la presenza sia di una attività programmatoria «forte», svolta secondo le competenze istituzionali, che di un controllo altrettanto «forte» sull'uso delle risorse disponibili.

Le attività di controllo, in particolare, rimangono una priorità fondamentale da perseguire per il mantenimento dell'equilibrio del sistema e per la tutela e garanzia del cittadino.

Il Piano dei controlli rappresenta lo strumento di riferimento in cui devono essere evidenziate ed integrate tra loro le varie linee di intervento previste per tutte le aree oggetto di controllo. Nel contesto attuale e in quello futuro, la funzione di controllo, nella sua accezione più ampia, rappresenta una parte significativa del compito istituzionale della ASL. In tale ottica, il Piano dei controlli può essere considerato elemento fondamentale del piano di programmazione annuale della ASL.

La sola lotta agli sprechi non è più sufficiente a mantenere l'equilibrio del sistema: in futuro, infatti, sarà sempre più importante verificare che il sistema mantenga le proprie caratteristiche fondamentali di equità e universalità. La corretta declinazione dei LEA e la loro valutazione rappresentano, sotto questo profilo, lo snodo cruciale per mantenere la stabilità del sistema nei prossimi anni. Tale valutazione, tuttavia, non dovrà essere rigida, ma avrà come fine la determinazione dei confini entro cui il sistema deve muoversi per evitare sconvolgimenti inaspettati.

Per rendere efficace questo processo di analisi, è peraltro necessario che il decentramento delle attività gestionali prosegua dal livello centrale alle ASL, sino ad arrivare al livello distrettuale quale luogo in cui le vere esigenze dei cittadini si confrontano con le scelte locali.

È infatti attraverso il Distretto Socio Sanitario, quale articolazione territoriale dell'ASL (alla quale compete il governo) e quindi «area sistema», che si realizza l'integrazione dei tre momenti specifici di intervento sanitario, sociosanitario e sociale con le diverse reti di offerta e la domanda di salute della popolazione espressa e inespressa, poiché il Distretto rappresenta la dimensione idonea per conoscere la domanda di salute e benessere sociale e per coordinare ed integrare i soggetti erogatori, favorendo lo sviluppo delle sinergie derivanti dall'interazione degli operatori presenti ed operanti nel territorio.

La missione strategica del Distretto può essere, pertanto, riassunta nei seguenti punti:

1) esercizio del proprio ruolo di garante del cittadino attraverso l'attività di informazione, così da consentirgli, a fronte della

pluralità di erogatori accreditati, di operare scelte libere e consapevoli;

2) porta di accesso per la piena funzione dei LEA;

3) individuazione della domanda espressa e inespressa di bisogni sanitari del territorio;

4) controllo dell'equilibrio economico-finanziario;

5) definizione delle priorità in termini di fabbisogno e allocazione delle risorse umane;

6) verifica della qualità dei servizi e livello di performance raggiunto;

7) costruzione di un Budget di Distretto che possa rafforzare ed esplicitare la funzione del Distretto come unità organizzativa responsabile della tutela della salute della popolazione presente nel territorio di riferimento;

8) avvio di progetti specifici da parte delle strutture erogatrici e dell'ASL competente per territorio, in accordo con i MMG e i PLS, di Percorsi Diagnostici Terapeutici (PDT) per le principali patologie trattate a livello ambulatoriale;

9) collaborazione per coinvolgere i MMG e i PLS nella costruzione:

a. di una rete informatica per la lettura delle informazioni di consumo, di azione sanitaria, di risultato di salute, di valutazione della spesa;

b. del Distretto quale ambito della integrazione socio-sanitaria. Il Distretto, infatti, oltre ad essere un sottosistema dell'ASL (in quanto articolazione organizzativa funzionale in cui si realizzano i processi organizzativi relativamente alla programmazione, all'organizzazione, all'erogazione e al controllo come parte degli analoghi processi definiti e realizzati dal più ampio sistema ASL), si configura come sistema di relazioni socio sanitarie di base, che supera i confini formali della struttura ASL, coinvolgendo attività e servizi di altre istituzioni e realtà sociali che fanno da contesto al Distretto. È per l'insieme di tali motivazioni che molte Regioni, tra cui la Regione Lombardia, nella propria legislazione prevedono quale forma politica organica dei servizi socio sanitari territoriali, la definizione di «progetti unitari» o «Piani di Zona», capaci di coinvolgere i diversi referenti istituzionali, da cui dipendono i servizi sanitari e sociali, presenti nel territorio di competenza del Distretto.

A tale scopo alle ASL è stata data maggior autonomia nella assegnazione delle risorse proprio con il fine di assecondare in modo puntuale le esigenze locali. In questo modo sarà sempre maggiore la capacità di rispondere prontamente e compiutamente alle esigenze dei cittadini.

Compito preminente delle ASL sarà quello di ridefinire, all'interno delle regole generali di sistema, scelte proprie di valore più specifico. Tali scelte dovranno ricercare la condivisione della comunità professionale, degli Enti locali e degli erogatori dei servizi. In questo modo, troverà attuazione il processo di progressiva condivisione delle responsabilità tra il livello regionale e quello locale; lo stesso processo in atto tra il livello centrale e l'ASL dovrà poi essere realizzato anche nel rapporto tra l'ASL e il livello distrettuale.

Infine, lo sviluppo del ruolo programmatico locale delle ASL dovrà essere declinato anche in funzione della rilevazione e del soddisfacimento dei nuovi bisogni sanitari emergenti.

A tale riguardo le ASL saranno chiamate ad una stretta connessione di sistema, all'interno ovviamente della governance regionale, per contribuire in modo significativo allo sviluppo dei programmi innovativi quali:

– l'approccio sempre più determinato e perfezionato ai percorsi di diagnosi e cura per patologie intesi nel loro complesso di prestazioni e non più disaggregati per attività cliniche (prevenzione, specialistica, ricovero, assistenza domiciliare). In tal modo la programmazione delle risorse e i piani di cura assumono la valenza di interconnessione necessitata e funzionale che vede come protagonisti responsabili tutti i punti di offerta, dai medici generalisti agli specialisti ospedalieri e ambulatoriali;

– la valutazione epidemiologica sull'insorgenza e presenza delle malattie rare che non possono rappresentare un'attività di frontiera ma vanno integrate in un percorso di cura a rete che permetta lo scambio di informazioni, notizie e percorsi clinico/terapeutici sempre più appropriati;

– gli ospedali senza dolore: come risposta più rispettosa alle esigenze della persona che va aiutata nel suo percorso di cura evitando il più possibile stati dolorosi che spesso generano risvolti psicologici delicati;

– gli hospice: quale momento importante di assistenza nello stato terminale che va sviluppato non come ricovero puro (che spesso genera senso di abbandono) ma come modello assistenziale integrativo di un percorso a diversa intensità clinica ed assistenziale ma che comunque vede e sostiene la componente familiare come protagonista ove possibile;

– il coordinamento delle azioni per il sostegno alla famiglia.

1.3 L'attività progettuale

L'attività progettuale è lo strumento ordinario di attuazione delle politiche innovative in sanità e nel settore socio sanitario.

Essa è caratterizzata da flessibilità, viene realizzata in un arco temporale predefinito e permette di sperimentare modelli innovativi che, una volta validati, possono trasformarsi in nuove modalità di erogazione dei servizi, moltiplicandosi sul territorio. In questo senso, l'attività progettuale costituisce un fondamentale strumento di programmazione.

La Regione Lombardia, in un'ottica di sviluppo di sinergie fra enti sanitari, Università, Istituti di ricerca, industria e soggetti privati, cofinanzia e sostiene l'attività progettuale per la sua missione di pubblica utilità.

Bandi specifici o proposte di progetto, sviluppati dal settore professionale/scientifico rappresentato dalle aziende sanitarie, dalle aziende ospedaliere, dagli IRCCS e dalle Università presenti sul territorio, costituiscono un valido mezzo per la realizzazione di sinergie sulla piattaforma tecnologica del Sistema Salute della Regione Lombardia.

La Regione effettua costante azione di monitoraggio e controllo sull'attività progettuale attraverso appositi gruppi di lavoro e commissioni, al fine di verificare il rispetto dei tempi, degli obiettivi, del budget ed introdurre, in caso di scostamenti, azioni correttive.

Resta comunque fondamentale il ruolo di coordinamento della Regione come soggetto istituzionale autorevole delle attività di ricerca. Ciò implica che la Regione dovrà farsi carico di una attività di monitoraggio delle ricerche e di governo delle varie fasi di finanziamento, promuovendo il confronto fra i vari centri sui possibili obiettivi di miglioramento della pratica clinica.

1.4 Le collaborazioni pubblico/privato

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004 si era posto il problema del ruolo della Regione nei confronti della rete di offerta pubblica ed aveva optato per un sistema in cui la Regione era chiamata a divenire sempre più regolatrice del sistema, dismettendo gradualmente la proprietà della rete pubblica. L'esperienza degli ultimi tre anni ha fatto emergere che, con le opportune cautele, e soprattutto con la trasparenza delle regole di funzionamento del sistema, può essere evitato il palese conflitto di interessi fra il ruolo di regolatore e quello di holding delle aziende pubbliche.

Ad oggi, in realtà, non è possibile negare che il sistema lombardo sia in una fase di possibile rigidità «gestionale» in relazione alle AO pubbliche per il problema del reperimento delle risorse necessarie al mantenimento dell'equilibrio di gestione. Tale problema di ordine finanziario ed economico, che è destinato ad aumentare in conseguenza del maggior costo legato al rinnovo dei contratti, agli investimenti e alle altre voci di spesa aziendali, può rendere poco credibile la programmazione e rischia di avere effetti dirompenti sul sistema, ostacolando il processo di miglioramento del livello qualitativo dei servizi erogati.

Là dove ne ricorrano le condizioni, è sicuramente importante esplorare il contributo del privato che, come testimoniato dalle sperimentazioni gestionali in atto, può offrire un contributo importante, qualificato ed equilibrato rispetto alle risorse a disposizione, nella gestione dei servizi.

Ovviamente, il settore delle collaborazioni pubblico/privato richiede di essere ulteriormente regolamentato, sulla scorta delle esperienze fin qui fatte. Anche in questo caso, pertanto, dopo il periodo dell'entusiasmo «sperimentativo», si rende necessario precisare ulteriormente i criteri su cui si basano i modelli di riferimento.

In particolare, deve essere meglio delineato il ruolo dell'ASL che, ad oggi, viene coinvolta nelle collaborazioni pubblico/privato solo a sperimentazione gestionale approvata dalla Giunta, inserendosi solo nella fase di contrattazione dei servizi. La pro-

grammazione delle attività previste dalla sperimentazione gestionale viene di fatto formulata dalla stessa AO proponente il progetto e quindi autorizzata, a seguito di istruttoria, dal livello regionale.

Nel nuovo quadro programmatorio, è necessario che la sperimentazione gestionale sia corredata dal parere di congruità programmatoria dell'ASL competente per territorio.

Nel triennio di vigenza del nuovo Piano, le sperimentazioni gestionali dovranno rivolgersi alla riqualificazione dei presidi ospedalieri, anche al fine di adeguarli alla nuova rete di offerta (ospedali diurni, sperimentazione dell'ospedale di comunità «lombardo», rete poliambulatoriale), portando sul territorio i servizi più facilmente raggiungibili dai cittadini ed individuando percorsi clinici condivisi per evitare eventuali duplicazioni di prestazioni diagnostiche. Il modello di riferimento è quello dell'esperienza «tedesca» che porta la specialistica medio/bassa fuori dall'ospedale.

Il principio cardine su cui devono basarsi le collaborazioni pubblico/privato nella forma delle sperimentazioni gestionali è quello per cui il governo e la programmazione delle attività devono essere sempre in mano pubblica, sia a livello regionale che locale. È il pubblico regolatore (Regione o ASL) che, per dovere costituzionale, deve esplicare il ruolo di garanzia e tutela nei confronti dei cittadini.

Nelle Fondazioni che vedono il coinvolgimento degli enti locali, devono essere previste forme di corresponsabilizzazione anche economica da parte di questi ultimi.

1.5 Il sistema sanitario e socio-sanitario in Italia ed in Europa

Il sistema sanitario e socio-sanitario lombardo, insieme al resto dell'Europa, dovrà affrontare nei prossimi anni importanti problemi, tra cui la crescita dell'incidenza delle malattie croniche, la minaccia costituita dalle nuove malattie infettive, l'influenza di nuovi modelli di comportamento e di consumo sanitario, la crescente longevità della popolazione e l'aumento delle aspettative dei cittadini riguardo all'informazione sanitaria e la tutela della salute.

I contenuti ed i processi innovativi introdotti dalla l.r. 31/97 hanno proposto un nuovo modello di risposta al bisogno di salute espresso dai cittadini, che è stato oggetto di interesse e di studio sia in Italia che negli altri Paesi dell'Unione Europea.

Tra le nuove sfide in atto, prevale, nei Paesi europei ma anche nei Paesi OCSE, quella di soddisfare le crescenti aspettative di salute dei cittadini con il contenimento della spesa sanitaria. Durante l'ultimo decennio, solo pochi Stati in Europa (l'Irlanda e la Svezia) sono stati in grado di controllare l'incremento della spesa sanitaria, peraltro per brevi periodi.

L'Unione Europea gioca un importante ruolo nello sviluppo di standard e di scambio di «buone pratiche» tra gli Stati membri.

Non va dimenticato che la tutela della salute può essere considerata anche un'opportunità per lo sviluppo economico. La Regione Lombardia, che si posiziona per il Sistema Salute nella fascia alta fra le altre regioni europee, può cogliere l'occasione di essere la piattaforma tecnologica di sviluppo scientifico europeo dell'e-health, dell'e-business e dell'e-knowledgement integrato, sinergici fra loro nella reciproca evoluzione.

In rapporto agli altri Paesi, l'Italia si posiziona su un livello medio europeo di spesa sanitaria come risulta dalla tabella 1; negli ultimi anni, si è tuttavia registrato un significativo aumento, al di sopra della media europea, della spesa sanitaria pubblica, che ha consentito il raggiungimento dell'obiettivo (fissato dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2001) di destinare il 6,3% del PIL alla spesa sanitaria pubblica.

1.6 LEA: ulteriori livelli regionali

L'accordo dell'8 agosto 2001 sancito tra lo Stato e le Regioni prevedeva l'individuazione, da parte della Conferenza Stato-Regioni, dei livelli essenziali di assistenza (LEA), successivamente approvati e recepiti dal d.p.c.m. del 29 novembre 2001.

La modifica del Titolo V della Costituzione ha inoltre consentito alle Regioni di introdurre criteri applicativi correlati alle situazioni socio-economiche presenti nelle diverse realtà territoriali.

Nel triennio, sarà conseguentemente valutata la sperimentazione secondo gli Indicatori di Situazioni Economiche Equivalenti (ISEE) per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni di assistenza odontoiatrica, ivi compresa la fornitura dei manufatti protesici, a parziale carico del SSR, mentre per la medicina fisica riabilitativa ambulatoriale saranno necessariamente definiti i criteri clinici di erogabilità ispirati all'appropriatezza delle prestazioni attraverso Percorsi Diagnostici e Terapeutici.

A seguito dell'approvazione del d.p.c.m. del 2001, sono peraltro iniziate a livello nazionale delle attività di monitoraggio con la finalità di comparare, mediante il ricorso a criteri uniformi di misurazione, i costi sostenuti dalle varie Regioni per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza sul proprio territorio. Le valutazioni comparative vedono la Regione Lombardia collocata ad un livello di costo inferiore rispetto a quello medio nazionale ed anche a quello di Regioni con sistemi che, almeno in linea teorica, dal punto di vista dell'offerta dei servizi, sono paragonabili al nostro (tabelle 2a e 2b).

L'andamento della spesa farmaceutica (tabella 3) evidenzia a livello regionale un'inversione di tendenza a seguito della reintroduzione del ticket nell'anno 2003. Dal 2004 in poi hanno sicuramente influito sull'andamento della spesa farmaceutica (si veda, a tal fine, il trend nazionale) l'introduzione dell'extrasconto e la riduzione dei prezzi del prontuario. La sfida per la Regione Lombardia è, conseguentemente, quella di lavorare sull'appropriatezza prescrittiva, ovvero con gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali, i MMG e i PLS, in quanto si ritiene possibile un governo dei consumi dei farmaci che coniughi agli interventi di tipo economico delle azioni di tipo clinico finalizzate a definire con i prescrittori le terapie più appropriate.

1.7 L'accessibilità delle prestazioni

L'accreditamento introdotto fin dal 1998 in Regione Lombardia, prima regione in Italia, ha permesso che l'offerta di servizi crescesse negli anni, garantendo una maggiore omogeneità di distribuzione delle attività sul territorio e coniugando questo sviluppo ad un sistema di regole certe in relazione al livello dei requisiti strutturali ed organizzativi che devono essere garantiti da ciascun soggetto erogatore.

Il quadro dell'offerta ambulatoriale extra-ospedaliera accreditata ed a contratto con il SSR vede un totale di 572 strutture, riportate nella tabella 4. A questo dato si deve aggiungere quello relativo alle attività svolte da tutte le strutture di ricovero e cura, che hanno un peso notevole sul totale delle attività svolte.

Un altro aspetto interessante che può essere evidenziato è il tasso di strutture private, che è inferiore rispetto a quello medio nazionale e che evidenzia la costanza di una presenza forte anche dei punti di erogazione delle Aziende Ospedaliere.

Si evidenzia inoltre il numero delle prestazioni che è cresciuto negli ultimi 5 anni in modo significativo e ben si correla con la riduzione significativa del ricorso ai ricoveri (tabella 6).

Per quanto riguarda le attività di ricovero e cura, il sistema degli erogatori al 78% è rappresentato dalle Aziende Pubbliche e dagli Enti ad esse equiparati, tra i quali vi sono gli Istituti di Ricerca a Carattere Scientifico e gli Ospedali Religiosi Classificati. Un altro aspetto di rilievo è rappresentato dal fatto che l'83,4% delle strutture è di diritto pubblico o comunque è per statuto no-profit e quindi ha come principale obbligo/interesse quello di reinvestire nelle attività specifiche di tipo sanitario (tabella 7).

La tabella 8 fornisce un ulteriore dato di contesto che permette di mettere a confronto l'incidenza percentuale dei posti letto delle case di cura lombarde rispetto alle altre Regioni italiane.

Il tasso di posti letto per acuti (tabella 9) vede la Regione Lombardia assolutamente in linea con i dati di riferimento nazionali ed evidenzia una riduzione progressiva negli anni dei posti letto grazie all'attuazione di politiche incentivanti l'appropriatezza e l'erogazione dei servizi in modalità alternative, quali ad esempio la specialistica ambulatoriale.

L'offerta di posti letto di riabilitazione e di lungodegenza ospedaliera (tabella 10) vede la Regione Lombardia correttamente attestata su un indice superiore rispetto a quello nazionale e ciò mette il servizio sanitario lombardo nella condizione di meglio fronteggiare l'incremento numerico della popolazione anziana e delle patologie cronico-degenerative. A questa offerta si aggiunge quella rappresentata dagli ex art. 26 / IDR, che in Lombardia contano circa 5.000 posti letto attualmente sottoposti ad un percorso di riclassificazione, come previsto dal PSSR 2002-2004.

Altri due aspetti molto interessanti che meritano di essere evidenziati riguardano la ridotta mobilità dei cittadini per effettuare le prestazioni di ricovero al di fuori della provincia di residenza e la bassissima percentuale di pazienti lombardi che si ricoverano al di fuori dei confini regionali; quest'ultima tipologia di

mobilità, in particolare, tende a verificarsi solo per i ricoveri stagionali in occasione delle vacanze o per i residenti che trascorrono gran parte dell'anno nel territorio di altre regioni. La mobilità al di fuori della provincia di residenza – che si pone in linea con quella rilevata in altre regioni caratterizzate da un modello sanitario che vede gran parte degli ospedali gestiti direttamente dalle ASL – testimonia che il modello Lombardo non ha allontanato i cittadini dal proprio territorio e che la libertà di scelta del luogo di cura vede comunque in testa alle preferenze gli ospedali più vicini al domicilio (tabelle 11 e 12).

Il trend del tasso di ospedalizzazione (tabella 13), considerato un buon indice per il monitoraggio del processo di adeguamento delle modalità di gestione dell'*iter* diagnostico-terapeutico, attraverso il passare degli anni (e quindi anche attraverso il mutare delle potenzialità tecnologiche ed organizzative che permettono di ridurre l'utilizzo dell'ospedale e di attivare modalità alternative alla degenza per rispondere ai bisogni di salute) si è ridotto in modo significativo negli ultimi anni, come è accaduto anche nel resto della nazione. Ciò vale soprattutto per le attività acute, mentre la riabilitazione, che pure ha evidenziato un incremento di ricoveri a livello nazionale, ha segnato in Lombardia un incremento di utilizzo che, come specificato nel presente Piano, necessiterà di valutazioni specifiche sull'appropriatezza ed adeguatezza clinica del ricorso alle attività di degenza rispetto alle modalità alternative, ambulatoriali e day hospital, di gestione dei programmi riabilitativi individuali.

Nel prossimo triennio, costituirà un obiettivo prioritario il miglioramento, la semplificazione e la maggiore equità di accesso ai servizi per tutti i pazienti. Si lavorerà sulla semplificazione e riduzione dei percorsi burocratici amministrativi, sullo snellimento delle pratiche sanitarie (anche attraverso l'informatizzazione diffusa), sul miglioramento della mobilità del paziente giungendo, quando possibile, all'accorpamento degli esami e delle visite in orari più agevoli per il cittadino. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui sono stati definiti appositi accordi contrattuali.

È chiaro che, per ragioni di equità e per consentire una reale accessibilità delle prestazioni, l'impegno di tutti i livelli istituzionali, in una corretta applicazione del livello di sussidiarietà, dovrà essere quello di portare i servizi più vicino ai cittadini. Ciò significa operare nella direzione di un riequilibrio dell'offerta a livello delle varie aree regionali sia per le cure primarie, sia per la specialistica, i ricoveri e la riabilitazione.

Per quanto riguarda le alte specialità, sarà seguita una logica di rete regionale sinergica degli attuali punti di offerta, eventualmente integrandoli con altri centri disposti sul territorio al fine di formare una rete facilmente accessibile da ogni cittadino lombardo indipendentemente dalla ASL di residenza. Nelle situazioni in cui le evidenze epidemiologiche orientassero verso la necessità di un riequilibrio territoriale su base regionale dell'offerta di «Alte specialità», si procederà ad una rivisitazione della rete di offerta nel rispetto e con la garanzia dei piu alti livelli di appropriatezza e quindi di qualità dei servizi erogati che, come ormai è universalmente riconosciuto, è correlata anche ad adeguati volumi di prestazioni erogabili. Questi eventuali interventi di riequilibrio territoriale dovranno altresì prevedere la presenza di una adeguata attività formativa garantita dalla collaborazione con le Università.

Per consentire un agevole riconoscimento dei diritti dei cittadini utilizzatori della CRS SISS nella fase di accesso ai servizi, si prevede il completamento dell'archivio regionale dei cittadini, a vario titolo esenti, con l'integrazione dei cittadini la cui esenzione è co-determinata da situazioni reddituali. La Carta SISS, contenendo i dati relativi alle esenzioni, sarà pertanto lo strumento che potrà facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi.

Per limitare al massimo il pericolo di esclusione dall'utilizzo dei servizi, si istituirà un numero verde di «salvataggio», da attivarsi in casi di estrema necessità e di ultima istanza per segnalare situazioni particolarmente gravi che non trovano risposta attraverso i canali ordinari di accesso al sistema sanitario lombardo.

La riforma dell'accreditamento della rete di lungoassistenza è stata l'occasione per semplificare ed omogeneizzare le regole per l'accesso ad una offerta di servizi in molti ambiti estremamente ricca ma di difficile «lettura». Il nodo centrale dei servizi dedicati alle persone fragili è infatti la capacità di individuare il miglior punto d'incontro fra la domanda e l'offerta. Acquisire questa capacità non è semplice né per la persona che esprime un bisogno, né per la sua famiglia né per le altre persone di supporto, ivi compreso il suo medico di medicina generale.

Nelle tabelle allegate si riporta la dotazione di servizi della Regione, e le iniziative di orientamento della domanda in corso. Nella sezione progetti innovativi si riporta una sperimentazione in corso di realizzazione.

1.8 I tempi di attesa

Le azioni di miglioramento richiedono, in questo ambito, una pluralità di interventi coordinati e finalizzati a garantire risposte tempestive in rapporto alle obiettive condizioni cliniche dei pazienti, a migliorare le situazioni di offerta maggiormente critiche, a sviluppare una corretta informazione ai cittadini in merito alle modalità di accesso ed alla rete delle strutture erogatrici **(2)**.

Si rende necessario implementare un percorso continuo di miglioramento e monitoraggio attraverso azioni programmate ed integrate che coinvolgano tutti gli attori del sistema (cittadini, professionisti, MMG, specialisti, strutture erogatrici) e siano finalizzate ad affrontare tutti gli aspetti critici di questo livello assistenziale che sempre di più assume un ruolo specifico nel promuovere il raccordo tra cure primarie e ospedaliere, il ricorso appropriato al ricovero, il corretto impiego delle risorse in funzione dei bisogni clinici.

Questi, nello specifico, sono gli aspetti prioritari sui quali è necessario intervenire:

– lo sviluppo e l'applicazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi tra i professionisti (siano essi prescrittori o erogatori di prestazioni), che rappresentano una fase essenziale per il miglioramento dell'appropriatezza della domanda e dell'offerta secondo criteri di equità ed efficacia in rapporto ai bisogni clinici; non si può, infatti, pensare di risolvere la questione delle attese senza sviluppare congiuntamente strumenti adeguati e coerenti di governo della domanda e dell'offerta;

– la definizione di criteri di priorità clinica che consentano di garantire risposte in tempi solleciti quando la tempestiva esecuzione della prestazione può condizionare la prognosi a breve del soggetto oppure influenzare marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità nelle situazioni in cui è presente un problema di salute non noto che richiede una prima valutazione;

– l'assegnazione mirata delle risorse disponibili nell'ambito degli accordi negoziali, finalizzata al miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni più critiche; tale assegnazione può costituire uno strumento flessibile e adattabile alle realtà locali in grado di correggere in tempo reale le problematiche emergenti e di favorire la collaborazione di tutte le Strutture che costituiscono la rete di offerta presente nel territorio;

– la messa a punto di strumenti di comunicazione al cittadino in merito alla rete delle strutture accreditate a contratto, alle modalità di accesso all'assistenza specialistica, alla necessità di garantire per quanto possibile la massima collaborazione per il corretto utilizzo dei servizi (problema del «drop out»), azione questa finalizzata a migliorare l'accessibilità alle prestazioni e nel contempo a promuovere la responsabilizzazione dell'utente;

– la dotazione di un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa in grado di fornire misurazioni attendibili utilizzando sia le rilevazioni prospettiche che quelle retrospettive.

Per una migliore qualità, e soprattutto per una migliore fruibilità dei dati, è necessario il maggior ricorso possibile alla informatizzazione, per evitare la dispersione di informazioni strutturate e la duplicazione delle prestazioni.

Ciò permetterà di procedere, in ogni singola ASL, alla realizzazione e attivazione, graduale, di un Centro Unico di Prenotazione, con un unico numero telefonico regionale, attraverso il quale sarà possibile prenotare direttamente tutte le prestazioni specialistiche di primo e secondo livello e gli esami diagnostici. Il Centro Unico di Prenotazione regionale sarà improntato alla massima trasparenza e tracciabilità del percorso di prenotazione delle prestazioni sanitarie, tenendo conto delle opzioni di scelta dei cittadini.

Partendo dai servizi già attivi, con l'ulteriore graduale ampliа-

(2) L'esperienza internazionale, infatti, dimostra ampiamente che il solo aumento del numero di prestazioni offerte non costituisce una soluzione definitiva al problema dell'accesso ai servizi sanitari e che nella migliore delle ipotesi tale intervento determina una temporanea riduzione delle attese rapidamente vanificata dal successivo incremento della domanda.

mento degli erogatori nonché delle prestazioni prenotabili, i Centri Unici di Prenotazione e i Call center aziendali saranno progressivamente collegati fra loro e coordinati a livello di ASL, al fine di accrescere l'efficienza e l'efficacia dei servizi di informazione front-line ed assistenza personalizzata all'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini. Progressivamente verranno valutate, eventualmente corrette ed implementate le soluzioni tecnologiche ed organizzative approntate per l'erogazione di dette attività con l'obiettivo di rendere possibile, entro la legislatura in corso, la prenotazione presso tutti gli erogatori del territorio regionale utilizzando il numero unico regionale che dovrà essere operativo anche attraverso il SISS.

Con l'attivazione del Centro Unico di Prenotazione regionale, saranno progressivamente a questo collegati in rete unica, per coordinamento e controllo, i Call center locali/aziendali, che rimarranno comunque centri di afferenza periferica dell'utenza. I Centri servizi aziendali, anche a seguito dell'informatizzazione in rete del sistema di prenotazione regionale, accresceranno l'efficienza e l'efficacia dei servizi di informazione front-line ed assistenza personalizzata nell'accesso alle prestazioni.

Grazie a tali processi di informatizzazione delle prenotazioni, sarà cura delle ASL l'elaborazione e l'analisi periodica dei dati derivanti dal flusso informativo e dalle rilevazioni di prevalenza sui tempi d'attesa, distinti fra prima visita e follow-up, al fine di consentire la valutazione del quadro della domanda/offerta nell'ambito degli organismi di coordinamento istituzionali oltre che nei confronti dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Spetterà invece alla Direzione Generale Sanità l'elaborazione e la restituzione dei dati a livello di macro-sistema per favorire la visibilità delle best practices.

Sarà infine di fondamentale importanza avviare il benchmark tra le esperienze in essere nei diversi Paesi con caratteristiche strutturali analoghe a quelle della realtà regionale lombarda, al fine di individuare soluzioni innovative o correttivi da applicare al processo di gestione delle liste d'attesa.

1.9 La valorizzazione delle professionalità per migliorare il SSR

La risorsa umana rappresenta il fattore critico di successo nei servizi alla persona: ad essa va dedicata prioritaria attenzione perché rappresenta il capitale più rilevante del sistema socio-sanitario lombardo. Una adeguata valorizzazione delle risorse umane che operano nel sistema, sotto l'aspetto sia professionale che motivazionale, è essenziale per il successo delle politiche socio sanitarie regionali. L'andamento quantitativo della dotazione di personale dipendente delle strutture del SSR (ASL, Aziende Ospedaliere, IRCCS pubblici) ha seguito un trend in riduzione, analogamente a quanto avvenuto anche a livello nazionale. Per la Regione Lombardia, tale andamento è in larga parte riconducibile all'attuazione del percorso di accreditamento che ha superato la vecchia pianta organica ed ha introdotto il principio della correlazione delle risorse umane alle attività erogate; conseguentemente, alla riduzione del tasso di ospedalizzazione si è abbinata una riduzione – minore in percentuale, ma sempre significativa – del personale dipendente. La riduzione del personale è stata inoltre determinata anche dalle leggi finanziarie degli ultimi anni, che hanno posto molti vincoli alla gestione di questa importante risorsa (tabella 14).

Il progressivo passaggio dell'ASL, in particolare nel settore sociosanitario, a funzioni sempre più orientate alla programmazione, acquisto e controllo anziché all'erogazione diretta delle prestazioni, ha contribuito al cambiamento non solo dimensionale, ma anche di ruolo delle professionalità operanti nel dipartimento ASSI, in modo particolare, assistenti sociali e psicologi.

Il primo obiettivo programmatico del PSSR 2007-2009 nell'area dei servizi alla persona deve conseguentemente riguardare la qualificazione e valorizzazione delle risorse umane, professionali e scientifiche.

Il riconoscimento dell'autonomia regionale in materia di organizzazione dei servizi sanitari – sviluppato nelle relazioni tra Stato e Regioni a partire dall'accordo dell'8 agosto 2001, nonché nelle recenti riforme costituzionali – offre la concreta possibilità di promuovere, attraverso un confronto continuativo con le organizzazioni sindacali e professionali, l'adozione di strumenti contrattuali regionali incentivanti per obiettivi raggiunti ed idonei a favorire il processo di valorizzazione delle professionalità. Nell'ambito degli strumenti contrattuali, fermo restando il rispetto dei contratti nazionali accordati, occorre ampliare quale plusvalore lo spazio di autonoma determinazione regionale, rispondente ad una logica di maggiore attenzione allo specifico contesto professionale e socio-produttivo regionale.

Nel triennio, particolarmente rilevante potrà essere l'introduzione di nuove e aggiornate forme di contrattazione regionale per il reperimento delle figure professionali carenti stimate sulla base dei dati emergenti da specifici indicatori con particolare riferimento ai programmi di sviluppo delle cure primarie.

Analogamente, andrà sostenuto e valorizzato il ruolo degli operatori del dipartimento ASSI nelle funzioni di coordinamento della programmazione integrata sociale e sanitaria.

Gli strumenti di valutazione dovranno interessare le capacità gestionali e professionali, in riferimento sia alle esperienze maturate che alle competenze acquisite e richieste per i singoli profili. Anche i processi di selezione e reperimento del personale dovranno essere sempre più esito di una attenta valutazione delle professionalità su base meritocratica e sulla rispondenza ai fabbisogni del cittadino, prevedendo un costante confronto tra i profili attesi e quelli posseduti dai candidati, nonché utilizzando il bilancio delle competenze e la formazione quale strumento per colmare i divari rilevati.

In quest'ottica, nel rispetto del rapporto fiduciario che caratterizza la scelta dei responsabili di struttura complessa, è opportuno individuare, per l'affidamento di tali incarichi, innovativi percorsi basati su criteri oggettivi.

La funzione strategica della formazione si accompagna a quella di accrescimento della sensibilità alle esigenze dell'utenza; particolare attenzione dovrà essere riservata alle figure professionali direttamente rivolte agli utenti esterni, tipiche ad esempio dell'attività di front-office, anche nella prospettiva dell'obiettivo di sistema del CUP Regionale e dell'attività di accoglimento della domanda tipica del sistema sociale e sociosanitario.

In questa prospettiva, occorre anche puntare sulla qualificazione del personale amministrativo, affinché gli strumenti gestionali che la moderna azienda richiede diventino patrimonio comune e condiviso, con particolare riferimento alle Aziende sanitarie locali, sviluppando le funzioni di programmazione e controllo al fine di consolidare ulteriormente la struttura a «rete» del SSR. Analogamente, andrà valorizzato il ruolo degli operatori del dipartimento ASSI nelle funzioni di regia e coordinamento della programmazione integrata sociale e sanitaria.

Le competenze necessarie per promuovere una efficace funzione manageriale all'interno delle aziende sanitarie sono complementari alle competenze necessarie per la conduzione dei processi tecnici di natura professionale, che rappresentano larga parte della «produzione» di tali aziende. La valorizzazione dei ruoli deve coinvolgere tutte le professionalità sanitarie e sociali che operano nel SSR e quelle professioni sociali che verranno attivate nel periodo di vigenza del Piano, tenendo conto della crescente responsabilità riconosciuta dalla legge 251/2000 agli operatori che intervengono nel percorso assistenziale, attraverso l'utilizzo dell'«osservatorio delle professioni sanitarie».

1.10 La libera professione

La libera professione intramuraria o extramuraria sarà oggetto di costante monitoraggio da parte delle ASL, delle AO e della Regione per garantirne un corretto svolgimento; particolare attenzione dovrà essere rivolta alla separazione delle aree, dei percorsi e degli orari rispetto ai compiti istituzionali, nonché alla ricerca di un equilibrato rapporto (anche rispetto a potenziali conflitti di interessi) fra prestazioni istituzionali e in libera professione che non penalizzi il paziente allungando le liste d'attesa e quindi dirottandolo verso la libera professione.

Si potranno prevedere sperimentazioni finalizzate all'estensione dell'istituto normativo a tutte le professioni sanitarie.

1.11 La promozione del governo clinico nell'organizzazione sanitaria

Con il termine «governo clinico» **(3)** (o «clinical governance»)

---

(3) Un editoriale del British Medical Journal, ripreso in Italia da numerosi bollettini degli ordini dei medici, ha richiamato l'attenzione sul disagio dei medici nelle grandi organizzazioni sanitarie; secondo un'indagine pubblicata nella stessa rivista, due sarebbero le principali coppie di motivi della insoddisfazione dei medici: il diminuito potere decisionale abbinato all'aumentata responsabilità; i cambiamenti continui nella pratica clinica, con crescente divaricazione fra ciò che viene richiesto ai medici e ciò che è stato loro insegnato.

Per lunghi anni, infatti, come noto, i medici sono stati gli attori esclusivi della sanità, con un ruolo privilegiato di autorevolezza che andava

si intende «il contesto in cui i servizi sanitari si rendono corresponsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica nel limite delle risorse disponibili» (NHS White Paper, 1999). In sostanza, si parla di governance quando si crea una struttura che fa funzionare i processi decisionali, in virtù dell'interazione di una molteplicità di attori e al fine di promuovere il miglioramento continuo delle prestazioni. Il significato concettuale di «clinical governance» è quindi l'utilizzo di un nuovo modello di intervento e di gestione in ambiente sanitario basato su tre aspetti fondamentali: il coinvolgimento e la partecipazione, la responsabilità, la trasparenza.

Nell'attuale organizzazione sanitaria, tali modelli gestionali appaiono inadeguati a soddisfare le ricorrenti lamentele provenienti dalla classe medica, secondo la quale vi sarebbe un eccessivo potere del management rispetto alla componente sanitaria, che configurerebbe l'ospedale come azienda.

Nella configurazione dei futuri assetti organizzativi interni delle aziende, sarà conseguentemente necessario interpretare questo ruolo in modo preciso e specifico, tenendo presente che la gerarchia dell'organizzazione sanitaria nel suo complesso è imperniata principalmente sulla figura dei medici, del personale del ruolo sanitario e delle professioni sanitarie. Se, quindi, il ruolo del medico non è solo quello di curatore, ma anche di motore del processo assistenziale e organizzativo, il medico stesso deve essere capace e messo nelle condizioni di espletare le funzioni del suo ruolo di dirigente. In sostanza, si tratta di riequilibrare l'asse del management sanitario dall'area amministrativa verso quella clinica, sollecitando proprio questa componente, che è il core dell'assistenza sanitaria, a coniugare le tradizionali competenze professionali con nuove competenze manageriali e gestionali, finalizzate alla promozione dell'economicità del sistema, al controllo degli sprechi, all'attenzione all'efficienza organizzativa, alla razionalizzazione del lavoro.

Elemento essenziale del governo clinico è, di conseguenza, una maggiore partecipazione dei medici, del personale del ruolo sanitario e delle professioni sanitarie alle attività di programmazione e decisionali, al fine di consentire e promuovere una maggiore condivisione e consapevolezza delle strategie aziendali.

Tale strategia di promozione della partecipazione deve essere implementata a partire da una più matura visione del riparto di responsabilità tra i clinici e l'organizzazione sanitaria.

In sostanza, quattro sono i fondamentali ambiti cui, in una pratica di buon governo clinico, deve essere rivolta la responsabilità sia dei professionisti che dell'organizzazione sanitaria: la responsabilità nei confronti del paziente, finalizzata alla garanzia della qualità delle cure; la responsabilità nei confronti dei colleghi, destinata a manifestarsi come auto-disciplina; la responsabilità nei confronti degli amministratori ai fini dell'uso appropriato delle risorse all'interno del necessario equilibrio aziendale; la responsabilità nei confronti della comunità, destinata a manifestarsi come efficienza allocativa/equità.

Accanto al principio della partecipazione e della responsabilizzazione, un ultimo aspetto che dovrebbe caratterizzare il buon governo clinico è quello della condivisione multidisciplinare. In questo senso, è importante che le capacità tecnico-cliniche dei singoli professionisti siano adeguatamente integrate e coordinate in un ambiente organizzativo e amministrativo funzionale allo scambio ed al confronto reciproco, nonché alla condivisione dei risultati.

Per garantire piena implementazione a questi tre aspetti operativi (la partecipazione, la responsabilizzazione, la condivisione multidisciplinare), è necessario che la pratica del buon governo clinico integri e coordini tutti quegli elementi che sono positivamente correlati al manifestarsi di un livello elevato di qualità, tra cui il monitoraggio della performance clinica, la gestione del rischio sanitario, l'utilizzo efficiente delle risorse, la diffusione delle best practices, lo sviluppo professionale, ottenibile anche mediante un corretto esercizio della leadership, la ricerca e lo sviluppo e la customer satisfaction. In questo senso, si può affermare che l'elemento veramente innovativo del governo clinico è insito nel fatto che non si tratta di un'ennesima invenzione nell'ambito del controllo della qualità, ma di una vera e propria strategia, o meglio di una nuova cultura dell'organizzazione, atta ad utilizzare al meglio tutte le metodologie e gli strumenti già in uso. Non il «governo sui clinici», quindi, né il «governo dei clinici», ma piuttosto il «governo con i clinici».

In questa prospettiva, è importante tenere presente che il primo, fondamentale, strumento di promozione del governo clinico che dovrà essere implementato nelle strutture sanitarie lombarde è il coinvolgimento dei dirigenti medici nei processi decisionali che incidono sulla vita e sulle performance delle aziende.

La normativa attuale (art. 3, comma 12 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502) stabilisce che il Consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il Consiglio dei sanitari si esprime inoltre sulle attività di assistenza sanitaria.

Si ritiene pertanto che, nell'ambito degli obiettivi e dei metodi del governo clinico, una delle soluzioni chiave per promuovere nuovi spazi collegiali di confronto/verifica dell'operato del Direttore Generale passi attraverso il coinvolgimento diretto e la valorizzazione delle procedure informative, partecipative, consultive e propositive in seno al Consiglio dei sanitari.

A tal fine, è opportuno che nelle aziende sia promossa la massima collaborazione – anche a livello informativo – tra Direttore Generale, Collegio di direzione e Consiglio dei sanitari affinché quest'ultimo possa esprimere tempestivamente pareri, osservazioni e proposte al Direttore Generale sia sull'attività tecnico-sanitaria che su quella più propriamente gestionale e manageriale.

In un'ottica di sistema, si ritiene inoltre opportuno che nelle aziende sanitarie il Consiglio dei sanitari mantenga un proprio ruolo di rappresentanza e consulenza anche nelle procedure e nelle decisioni che incidono sullo status del personale.

Il miglioramento della qualità dell'assistenza si realizza, infatti, anche attraverso un adeguato monitoraggio delle performance, realizzato mediante l'attivazione di strumenti che consentano la disponibilità di accurate informazioni non solo sui volumi di attività, ma anche sulla qualità ed i risultati dei servizi sanitari. La qualità, in particolare, deve essere definita dall'analisi di indicatori che valutano l'accessibilità, l'efficacia, l'efficienza, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, nonché la sicurezza. Grazie alla rilevazione di tali indicatori, la valutazione delle performance può essere costruita come confronto finale tra le informazioni acquisite per mezzo di data-base clinici ed amministrativi, e gli standard ritenuti accettabili. In una logica di governo clinico, è conseguentemente importante che tali processi di valutazione delle performance siano non solo promossi ed implementati, ma anche compiutamente impiegati ai fini delle progressioni di carriera e della organizzazione interna del lavoro.

L'introduzione del governo clinico dovrà essere realizzata attraverso una modifica organizzativa e strutturale graduale e progressiva, rispondente ad un approccio culturale del tipo bottom-up. È infatti solo attraverso il coinvolgimento della classe medica nello stesso processo di cambiamento che il governo clinico potrà entrare a fare parte del core del sistema organizzativo, condizionando il concreto esercizio delle attività quotidiane del personale sanitario e affermandosi quale riferimento obbligatorio per ogni organo direzionale, per i manager e per i clinici.

1.12 La valutazione permanente e la responsabilizzazione delle risorse umane

Nell'area contrattuale della dirigenza medica, veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa, l'impegno progettuale maggiore deve tendere alla creazione di un sistema di valutazione permanente.

Un sistema di valutazione permanente del personale richiede

---

oltre la loro professione, estendendosi anche allo stato sociale. Il peculiare stato sociale riconosciuto ai medici – soprattutto nei grandi sistemi sanitari a finanziamento pubblico, come quello inglese, canadese e italiano – derivava in ultima istanza da un patto implicito fra i medici stessi e lo stato, che lasciava loro una larga autonomia sulle scelte assistenziali a livello individuale, in cambio della loro neutralità nei confronti delle scelte allocative compiute in ambito pubblico. In sostanza, il sistema si reggeva su una sorta di compromesso tra l'autonomia professionale dei medici e l'autonomia budgettaria della politica.

Tale situazione, tuttavia, si è progressivamente venuta a modificare per le trasformazioni interne dello statement politico-giuridico, della situazione economica, del progresso tecnologico e delle evoluzioni socio-culturali che si manifestano nella società, rendendo inevitabili adeguamenti del ruolo che i professionals hanno nell'organizzazione sanitaria. In sostanza, ha fatto il suo ingresso nelle strutture sanitarie la necessità di «governance» della sanità, fino ad allora basata soprattutto su un rapporto individuale tra il medico e il paziente.

necessariamente il verificarsi di alcune condizioni organizzative nel contesto aziendale, quali la definizione dei modelli organizzativi, l'avvenuta mappatura della tipologia e dei contenuti professionali, organizzativi e manageriali delle posizioni organizzative, la graduazione delle funzioni, il conferimento formale degli incarichi, la definizione di linee guida e protocolli operativi atti anche ad individuare aree di responsabilità tecnico-specialistica, l'assegnazione di obiettivi di budget e la loro verifica mediante indicatori predefiniti oltre alla valutazione delle prestazioni collegata alla retribuzione ed ai sistemi premianti.

La valutazione della dirigenza assume pertanto nelle aziende sanitarie un ruolo di coinvolgimento e di partecipazione dei dirigenti alla vita aziendale che, attraverso un patto dichiarato, sono resi partecipi ed edotti dei valori e dei principi su cui si basa l'organizzazione aziendale, essendone responsabilizzati in prima persona. In tale contesto la valutazione di tutto il personale si configura anche come una delle leve per affrontare i processi di cambiamento orientati al raggiungimento dei risultati in ambito aziendale, da cui dipende l'incentivazione per variazione dei risultati raggiunti.

La definizione degli elementi di valutazione e dei suoi indicatori di misurazione deve essere riconducibile alle varie tipologie di incarichi (struttura complessa, struttura semplice, incarico professionale, ecc.) ed alle specificità professionali e deve pertanto muoversi negli ambiti manageriali e in quelli professionali, andando ad integrare le indicazioni contrattuali e sfruttando le nuove opportunità di definizione di un modello negoziale per la contrattazione regionale/aziendale, come previsto dall'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001.

Proprio in funzione del ruolo di coinvolgimento e responsabilizzazione che la valutazione assume nella vita aziendale, il sistema deve essere ampiamente condiviso dalla dirigenza, per cui risulta essenziale la formazione dei valutatori e dei valutati.

1.13 La gestione del Rischio in sanità

Nell'ambito sanitario, il Risk Management o «sistema di gestione del rischio» si configura come un sistema globale, integrato e dinamico il cui campo di applicazione specifico è l'attività intrinsecamente rischiosa delle strutture sanitarie.

Accanto ai risvolti clinici del fenomeno, l'impatto economico dei costi assicurativi e di altri oneri non direttamente percepiti crea oggi problemi di allocazione delle risorse disponibili, se non di sostenibilità del sistema.

La gestione del rischio deve pertanto evolvere a strumento che si proponga di ridurre al minimo l'eventualità di arrecare danno al paziente mediante protocolli di accesso alle strutture, di sicurezza strutturale/logistica/operativa e diagnostico-terapeutici, che adotti quale concetto di base l'assunto che il paziente deve essere al centro dell'attenzione di tutto il sistema.

La sicurezza del paziente deriva dalla capacità di progettare e gestire organizzazioni in grado sia di ridurre la probabilità di occorrenza degli errori attraverso procedure e controlli di processo (prevenzione), sia di correggere e contenere gli effetti degli errori che comunque si verificano durante il processo (protezione) **(4)**.

Il progetto, che ha uno specifico programma di formazione rivolto ai Risk Manager e ai responsabili del Comitato di Valutazione dei sinistri, consentirà alle aziende di costruire il proprio «profilo di rischio» globale e di «affidabilità» della struttura in sede di contrattazione con le imprese assicuratrici, ottenendo polizze economicamente più favorevoli; le aziende potranno investire i risparmi economici così ottenuti anche nel miglioramento del sistema di risk management, realizzando in tal modo un auspicabile «ciclo virtuoso» di riduzione dei costi e reinvestimento del risparmio.

Particolare attenzione viene accordata al rapporto struttura-paziente, nell'ottica di sviluppare il rispetto reciproco, la valorizzazione del parere degli utenti e degli operatori, l'umanizzazione dei tempi e dei servizi offerti, la fidelizzazione degli assistiti offrendo un servizio snello ed efficace.

Nell'ambito della promozione di una politica generale per la sicurezza delle strutture sanitarie, due tematiche strettamente correlate fra loro – le infezioni ospedaliere e le malattie iatrogene – risultano essere tra quelle più rilevanti dal punto di vista della frequenza del rischio, con un elevato impatto sui costi sanitari (dovuto anche al prolungamento delle degenze ospedaliere) e sono di fatto importanti indicatori della qualità del servizio offerto ai pazienti.

Gli eventi avversi più comuni sono quelli causati dall'impiego dei farmaci (modalità di prescrizione e di somministrazione, errori di trascrizione, dosaggio, controindicazioni, interazioni con altri farmaci, allergie del paziente), dalle infezioni da ferita chirurgica e dall'utilizzo di ausili invasivi.

Le possibili linee di intervento delle aziende sanitarie in questo ambito dovranno indirizzarsi verso lo sviluppo di *data-base* per la rilevazione, la sorveglianza attiva e la gestione degli eventi avversi legati alle infezioni ospedaliere e alle malattie iatrogene, la predisposizione di protocolli operativi e dei relativi meccanismi di verifica dell'efficacia degli stessi, la promozione dell'uso razionale degli antibiotici nelle infezioni e il monitoraggio dell'antibiotico-resistenza.

La Regione procederà alla:

– verifica che tutte le Aziende Ospedaliere abbiano istituito il Comitato per il controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO) e che lo stesso sia effettivamente operativo;

– implementazione di un *data-base* regionale delle infezioni e delle malattie iatrogene ospedaliere e degli eventi avversi dovuti alla somministrazione dei farmaci (alimentato dai rispettivi *data-base* delle aziende ospedaliere);

– formulazione di indicazioni e linee guida regionali per l'attuazione di programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere e indicazione dei requisiti «minimi» per la prevenzione del rischio infettivo.

1.14 I cittadini e la famiglia: partecipazione, educazione, informazione e comunicazione

Nella tutela della salute della persona e della sua fragilità, il cittadino e la famiglia sono posti al centro del sistema sociosanitario e socio-assistenziale. Essi costituiscono l'obiettivo generale che caratterizza l'impostazione della politica regionale della salute e del sistema sociosanitario lombardo. L'esercizio della libertà di scelta dell'utenza verso i servizi sanitari socio sanitari e assistenziali – che attraverso il progressivo avvicinamento dell'istituzione ai cittadini favorisce rapporti di fiducia tra cittadini, famiglie ed operatori – richiede la necessità di fornire informazioni sempre più complete tempestive ed accurate, nonché lo sviluppo di processi di comunicazione coerenti con le politiche regionali ed orientati ai diversi target di riferimento in modo sempre più mirato e capillare.

Informazione e comunicazione sono risorse indispensabili e strategiche per il successo di ogni azione connessa alla erogazione di servizi socio sanitari ed assistenziali.

La comunicazione favorisce processi di sviluppo sociale e culturale a condizione che vengano coinvolti tutti gli attori impegnati nei servizi, ai diversi livelli di elaborazione. Occorrono percorsi formativi per rafforzare sia la cultura organizzativa sia la capacità relazionale indispensabile per sviluppare una diretta partecipazione. La natura complessa del contesto sociale obbliga il sistema comunicativo a interventi di natura flessibile per orientare i cittadini in un sistema che cambia: in tale sistema l'interattività, la misurabilità e la presenza di indici valutativi risultano elementi indispensabili per conoscere la qualità percepita e la necessità di adeguamenti innovativi dei messaggi e delle informazioni. Il tema dell'accessibilità trova un primo esempio di applicazione nel sito web dedicato a D.G. Sanità e D.G. Famiglia

---

(4) La Regione Lombardia ha scelto di andare al cuore del problema affrontandolo sinergicamente sui due fronti della prevenzione e protezione, attraverso:

1. l'avvio di un costruttivo e personale confronto con il sistema assicurativo che crei condizioni negoziali trasparenti improntate alla reale valorizzazione del profilo di rischio delle singole strutture;

2. l'avvio di iniziative di Risk Management quale strumento di garanzia della qualità e sicurezza delle prestazioni per il cittadino e per l'operatore sanitario; nell'ambito delle erogazioni di cura, tale strumento va sviluppato in protocolli diagnostico-terapeutici istituzionalizzati.

Partendo dalla conoscenza del fenomeno, attraverso la costituzione di un Data-base per la Mappatura dei Sinistri di Responsabilità Civile operante a livello centrale e proiettato alla predisposizione di un benchmarking tra le aziende, siamo oggi in grado di garantire all'utenza ed al sistema assicurativo che tutte le strutture regionali:

- abbiano nominato un proprio Risk Manager;
- abbiano costituito un organismo di coordinamento per la gestione del rischio e la valutazione dei sinistri.

Date tali priorità di intervento, le aziende proseguiranno il monitoraggio continuo dei sinistri e provvederanno a stendere un piano operativo annuale che implementi l'attività avviata nella scorsa legislatura.

e Solidarietà Sociale perché diventa un elemento importante di controllo, di integrazione e connessione della comunicazione del Portale della Regione Lombardia. Di fatto quest'ultima considerazione è applicabile a tutti i media impiegati dall'istituzione regionale per informare operatori ed utenti.

La struttura della Comunicazione dovrà sempre più intervenire a sostenere, ed alleviare le problematiche delle categorie fragili: la comunicazione dovrà affinare il suo compito determinando gli strumenti ottimali per raggiungere tali utenti, le associazioni del non profit che, spesso, più direttamente offrono servizi e supporti a favore di soggetti fragili: facilitando la relazione con la Giunta regionale, accompagnando l'utenza a beneficiare dei provvedimenti favorevoli al target di riferimento, valutandone il gradimento.

1.15 L'area delle funzioni informative e di ascolto

Una funzione imprescindibile è individuata nell'ascolto dei bisogni, al fine di consentire un passaggio di informazioni sulle modalità di offerta di servizi che consenta alle famiglie di sapere sempre e con esattezza chi fa cosa e di esercitare pienamente il diritto di libera scelta e dell'informazione simmetrica **(5)**.

1.16 L'accoglienza degli utenti

L'accoglienza degli utenti verrà assicurata agevolando il ricorso a visite ed esami specialistici in momenti della giornata che consentano a chi lavora di accedere alle prestazioni sanitarie per sé o per i familiari, senza interrompere la propria attività lavorativa.

La Regione Lombardia, attraverso l'operato delle proprie ASL e delle proprie strutture, pubbliche o private accreditate, si adopererà per garantire prestazioni di qualità, in tempi su misura per il cittadino che lavora, adottando un'organizzazione degli orari di apertura dei servizi in fasce orarie fino ad oggi poco considerate, come il tardo pomeriggio dopo le ore 16.00, il sabato, la domenica mattina, ecc.

Ponendo attenzione ai monitoraggi dei tempi di attesa, potranno essere identificate, presso gli erogatori, le specialità che più necessitano di orari diversificati, sollecitando le strutture erogatrici stesse ad apportare un ampliamento di offerta rispetto ai servizi già erogati in fasce orarie più consone alle necessità delle persone che lavorano.

Le aree dell'accoglienza ospedaliere e territoriali dovranno rafforzare la credibilità e la capacità dei servizi sanitari pubblici di essere attrattivi, rendendo confortevole l'accoglienza e personalizzando i servizi anche creando sportelli per le persone fragili. È importante quindi creare ambienti gradevoli, confortevoli, umanizzati. Bisogna garantire al cittadino il diritto all'informazione, all'accesso rapido ai servizi offerti anche attraverso sistemi di interconnessione telematica. La qualità dei servizi di accoglienza deve essere monitorizzata e verificata.

Il perseguimento della «qualità dei servizi, la semplificazione ed il potenziamento della libertà di scelta ed accesso alle cure», ed in particolare «la semplificazione, l'ampliamento e la personalizzazione dell'accesso alle informazioni» – per garantire a chi è in condizioni di bisogno, l'aiuto nell'accesso al sistema, con informazioni, orientamento e servizi in forma adeguata, sempre a tutti i livelli – potrà inoltre realizzarsi tramite l'attivazione di Call center, Centri servizi, e funzionalità Internet dirette all'utenza che sarà in grado di sapere anche autonomamente e comodamente a quali servizi può accedere, quando e come potrà usufruire delle prestazioni.

L'attivazione di servizi di Call center dovrà consentire agli utenti di prenotare visite specialistiche ed esami diagnostici presso le strutture sanitarie coinvolte (sia pubbliche, sia private), evitando inutili e fastidiose attese/file agli sportelli aziendali e garantendo, nel contempo, l'accesso ai servizi di prenotazione tramite contatto telefonico durante un ampio arco temporale, nel corso della giornata – solitamente dalle 8.00 alle 20.00 – per sei giorni alla settimana.

Il CUP unico regionale migliorerà la libertà di scelta del paziente nell'accesso alle prestazioni sanitarie, rendendo possibile la scelta dell'erogatore presso il quale richiedere le prestazioni, tenendo in considerazione la tipologia e specializzazione della struttura, nonché i tempi di attesa proposti dai differenti «providers». L'implementazione del servizio di call center consentirà di conciliare la libertà di scelta dell'utente della struttura presso la quale soddisfare le proprie esigenze e la conoscenza, da parte del medesimo, del processo di prenotazione, in un'ottica di sempre maggiore trasparenza dei processi e dei meccanismi di funzionamento del SSR.

Front office, call center, URP, Ufficio Comunicazione, Ufficio Informazioni e CUP, congiuntamente al personale di assistenza, dovranno in sostanza realizzare una rete di supporto al cittadino, il cui fine sarà non solo quello di aiutarlo nei percorsi sanitari e nell'utilizzo dei vari servizi, bensì quello di fornire univoche, complete e corrette informazioni che riguardano le prestazioni erogate, le modalità e le procedure di erogazione, gli orari, le possibilità di accesso, nonché le informazioni accessorie, quali i servizi di pubblica utilità presenti, i mezzi di trasporto disponibili, i parcheggi pubblici e quelli dedicati alle persone disabili, i numeri telefonici di altri Enti, etc.

I percorsi d'accoglienza dovranno essere modulati sulla base delle diverse tipologie di utenti che afferiscono all'ospedale, tenendo sempre presente che il processo di accoglienza non si esaurisce «alla porta», ma deve proseguire ad ogni livello (reparti, servizi, ambulatori), ponendo particolare attenzione a tutto ciò che concorre ad umanizzare ogni intervento sanitario.

Un efficiente ed efficace Progetto di Accoglienza e Comunicazione, seppur finalizzato alla soddisfazione del cittadino/utente, deve considerare tra i destinatari anche gli stessi dipendenti aziendali.

Al fine di migliorare la continuità assistenziale dei pazienti, i presidi sanitari dovranno prevedere accessi, spazi e tempi di incontro dedicati per i medici curanti all'interno delle strutture sanitarie.

1.17 L'area delle funzioni di comunicazione

È compito della Regione elaborare una strategia di comunicazione integrata, attraverso un Piano annuale di Comunicazione sociosanitaria condiviso nelle sue linee guida generali dalle ASL, dalle AO e da tutti gli enti sanitari che svolgono il servizio pubblico.

---

(5) All'esercizio di tale funzione, è collegato il raggiungimento di obiettivi specifici, finalizzati a:

a. consolidare il sistema di informazioni e di orientamento alla scelta, potenziando l'attività di ascolto attraverso il call center regionale, gli Uffici per le Relazioni con il Pubblico regionali o di ASL, AO, IRCCS, Fondazioni, strutture private accreditate e tutti i punti di contatto con i cittadini utenti dei servizi sociosanitari.

In particolare, si dovranno individuare strategie e progetti di accoglienza che assicurino accompagnamento ed aiuto agli utenti che si trovano in difficoltà nell'accesso ai servizi offerti. Questo obiettivo può concretizzarsi mediante l'accompagnamento personale degli utenti ai servizi desiderati, la facilitazione nella risoluzione di eventuali problemi inerenti alla fruizione dei servizi, l'ascolto delle aspettative e dei bisogni emersi e l'educazione al corretto utilizzo dei Servizi Sanitari. Per fare questo, le Aziende saranno tenute a promuovere iniziative atte a favorire la presenza e l'attività degli Organismi di Volontariato e di Tutela dei Diritti dei cittadini presenti sul territorio. La collaborazione con il «Terzo settore sanitario», in un'ottica di sussidiarietà efficace, non dovrà limitarsi solo a suggerimenti, proposte, reclami, osservazioni ed interventi utili al continuo miglioramento dei servizi, ma anche ad una presenza coordinata nelle Aziende per un ascolto dei bisogni dell'utenza ed un aiuto «pratico» all'accesso ai servizi, oltre che per gli interventi previsti in materia di promozione della salute e di informazione sanitaria.

Verranno inoltre prodotte iniziative per migliorare la comunicazione con gli utenti e le loro famiglie;

b. potenziare i CUP telefonici, il cui sviluppo sempre più integrato a livello regionale risponde alla necessità di ottimizzazione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza della filiera che si snoda dalla prescrizione del medico curante all'accesso in tempi certi ai servizi;

c. incentivare l'attivazione di numeri VERDI dedicati a particolari tematiche di interesse per la popolazione; il numero verde risulta essere uno strumento altamente efficace per farsi raggiungere con facilità dagli utenti;

d. valorizzare la centralità dell'utente nel sistema sociosanitario regionale, in modo da evidenziare le carenze quali/quantitative del sistema e stimolandolo a porre in essere ulteriori iniziative per il superamento di tali carenze; a tale scopo, sono essenziali le attività di ascolto dei cittadini tramite le customer satisfaction aziendali, le ricerche e i sondaggi regionali, e l'efficiente gestione dei reclami e degli esposti, con una visione innovativa di questi strumenti, tesa a rilevare gli stati di soddisfazione non solo dei cittadini, ma di tutti i protagonisti del mondo sanitario, nonché l'analisi dell'impatto degli indirizzi programmatici del sistema;

e. favorire e/o attivare processi di sburocratizzazione nel rapporto cittadini-Regione-Aziende, per rendere più snella e trasparente l'erogazione dei servizi, anche attraverso un'efficace relazione con i mass media, la pubblicazione dei tempi d'attesa e delle customer aziendali e l'uso

È necessario che venga sviluppata un'immagine coordinata del sistema sociosanitario lombardo, promuovendo l'attività di cooperazione internazionale quale forte valore aggiunto del modello lombardo di welfare e salute, nonché valorizzando il territorio, le sue specificità e i diversi attori pubblici e privati che costituiscono il sistema stesso, anche attraverso partnership, collaborazioni, sponsorizzazioni, patrocini.

È indispensabile consolidare la rete degli URP e UPT nell'ottica di una «rete della comunicazione» attivata con le Aziende Sanitarie e Ospedaliere, le strutture private accreditate a contratto, gli IRCCS, le Fondazioni, gli Ospedali Classificati, nell'ottica di una sempre maggiore integrazione e condivisione dell'azione comunicativa.

Devono essere realizzate campagne di comunicazione e informazione sociosanitarie efficaci e mirate ai diversi target individuati a livello regionale e locale (famiglie, scuola, università, etc.), sia pianificando azioni sulla base delle politiche regionali, sia intervenendo autorevolmente e rapidamente con azioni mirate, anche presso il sistema dei mass media, in caso di comunicazione in stato di allarme o emergenza.

Dovranno essere potenziati i sistemi telefonici intelligenti ed adeguati i portali WEB per garantire l'accessibilità ai disabili; inoltre, si dovrà puntare sull'utilizzo dei pannelli informativi in tutte le strutture e gli ambulatori sanitari, nonché sulla distribuzione di materiale informativo facilmente comprensibile.

Al fine di conseguire obiettivi di educazione alla salute, agli stili di vita corretti ed alla prevenzione, particolare attenzione verrà prestata alla comunicazione nei confronti di alcuni target specifici: le mamme, i bambini e gli adolescenti, gli insegnanti e tutte le agenzie a stretto contatto con i bambini e i giovani, gli ammalati e i loro famigliari nell'ambito delle degenze ospedaliere o nelle residenze diurne o continuative, gli anziani attraverso una comunicazione specifica e mirata negli ambienti maggiormente frequentati dagli stessi.

1.18 Le nuove sfide: linee di sviluppo delle politiche sociosanitarie in continuità con le azioni attuate nell'ultimo triennio

Il sistema dei servizi socio-sanitari e sociali, è stato progressivamente sottratto alle vecchie logiche di welfare state ed è stato avviato un modello di welfare community. Attraverso il coinvolgimento della comunità sociale formata dalle famiglie e dagli organismi non profit, interpretando e applicando i principi di sussidiarietà, di libertà di scelta e di solidarietà, si è proposto un percorso di riforme, operate sia sul fronte del ruolo dei soggetti della rete di governo, sia dell'organizzazione e dell'offerta dei servizi.

L'obiettivo più qualificante del periodo di riferimento del PSSR è stata la riforma del sistema regionale dei servizi sociosanitari e sociali: in particolare sono stati affinati meccanismi di regolazione del sistema già esistenti (autorizzazioni al funzionamento, processo di accreditamento, sistema di tariffazione) e attuate azioni di governo attraverso atti di indirizzo per la programmazione sociosanitaria e sociale. In tale ottica sono riconducibili anche gli interventi legislativi quali l'attuazione della l.r. 23/99, che ha generato nuovi servizi ed opportunità, permettendo lo sviluppo di iniziative di supporto alla cura dei figli, e l'approvazione della l.r. 34/04, con la quale si è inteso perseguire il riordinare le politiche rivolte ai minori.

In questo quadro si sono inserite le politiche specifiche volte a:

- riordinare, differenziare e sviluppare l'offerta di interventi e servizi attraverso l'introduzione di sistemi di accreditamento di tutti gli erogatori (pubblici e privati) e di tariffazione di tutte le prestazioni; di semplificazione amministrativa delle procedure di richiesta di autorizzazione e accreditamento; di monitoraggio e controllo dei requisiti di qualità per l'autorizzazione e accreditamento; di finanziamento per la realizzazione di nuove strutture anche per la prima infanzia (RSA, CDI etc ma anche asili nido, micronidi ecc); di distribuzione di titoli sociali e sociosanitari per l'acquisto di prestazioni di cura ed assistenza domiciliare;
- ridefinire il ruolo delle ASL, ed in particolare del Dipartimento ASSI, che ha subito una trasformazione organizzativa e funzionale attraverso l'orientamento al modello PAC (Programmazione, Acquisto e Controllo). Ciò ha implicato la restituzione delle deleghe dei servizi sociali ai Comuni ed una progressiva riduzione delle funzioni di produzione ed erogazione dei servizi e prestazioni, assicurati da soggetti terzi, pubblici e privati, attraverso il meccanismo dell'accreditamento;
- valorizzare il ruolo dei Comuni che, attraverso lo strumento della programmazione zonale, sono stati chiamati a concorrere al sistema dei servizi locali in una logica di integrazione in ambito distrettuale, anche con i soggetti del Terzo settore coinvolti fin dalla fase di definizione dei Piani;
- sviluppare la sussidiarietà orizzontale riconoscendo al Terzo settore, un ruolo operativo sinergico di interlocutore con la Regione; tale riconoscimento ha portato all'istituzione del Tavolo del Terzo settore e della Consulta delle Associazioni familiari. Il ruolo del Terzo settore è stato altresì sostenuto mediante finanziamenti per l'associazionismo e le organizzazioni di volontariato, la promozione dell'associazionismo di solidarietà familiare. Sotto il profilo organizzativo, sono stati sperimentati nuovi modelli gestionali per gli enti ex IPAB trasformati in fondazioni o aziende di servizio alla persona; è stato regolamentato il servizio civile e portata a compimento l'approvazione della legge sul Servizio civile volontario in Lombardia. Sono state infine avviate iniziative sperimentali per la promozione di partnership tra pubblico, profit e non profit come la Borsa dei Progetti Sociali;
- attuare e sostenere progetti innovativi volti a verificare la praticabilità e riproducibilità di nuove modalità di organizzazione delle risposte ai bisogni sociali e nuovi strumenti di aiuto alle fasce fragili di popolazione. In particolare si distinguono i progetti: Centrale Operativa, Custode sociosanitario, Telefonia sociale.

Lo scenario all'interno del quale trovano attuazione le indicazioni di questo Piano Socio Sanitario è mutato rispetto a quello in cui si era espresso il primo PSSR e tale scenario risulta in parte cambiato per effetto sia di una domanda sempre in continua evoluzione, che del raggiungimento degli obiettivi assunti con il primo PSSR.

La Lombardia, confermando anche in questo la sua legittima appartenenza alle «regioni motori di Europa», ha saputo configurare un proprio sistema di «benessere sociosanitario» e si appresta a governare un impianto più evoluto poiché ha raggiunto, alla fine del 2005, tutte le quattro dimensioni fondamentali che caratterizzano i sistemi avanzati di welfare.

1. Equilibrio quantitativo tra dotazione di strutture e fabbisogno dell'utenza è stato sostanzialmente raggiunto per le principali unità d'offerta. Questo significativo traguardo incentiva ora ad affrontare con determinazione la ricerca di un maggior equilibrio qualitativo dell'offerta mediante i molteplici strumenti di lavoro messi in campo con le riforme degli ultimi anni.

L'equilibrio tra dotazioni e fabbisogni coesiste e si accompagna ad una soddisfacente distribuzione tra livelli di intervento. La rete d'offerta dei servizi residenziali è caratterizzata da una significativa capacità ricettiva della rete dei Servizi Territoriali per la famiglia, per i disabili e per gli anziani, nonché, negli ultimi anni, da un sistema di cure domiciliari adeguato ad una Regione Europea. Per quanto riguarda i servizi rivolti ai disabili, la loro complessa articolazione e l'attualità delle riforme da cui sono interessati determina la necessità di un forte governo dell'evoluzione dei servizi preesistenti in quelli riformati (Centri Socio Educativi in Centri Diurni Disabili, Servizio di Formazione all'Autonomia in Centri Socio Educativi) e di monitoraggio di quelli appena avviati (CSS). A ciò si aggiunga la necessità di un'analisi approfondita della ricaduta della recentissima introduzione nel sistema della riabilitazione di mantenimento e, in generale, della implementazione della riforma della rete riabilitativa. L'equilibrio tra domanda ed offerta, che caratterizza il nuovo sistema di welfare, è verificabile attraverso una serie di misurazioni e indicatori particolarmente significativi nella unità d'offerta più cospicua: il raggiungimento del fabbisogno degli indici programmati per le RSA con riduzione a valori fisiologici delle loro liste d'attesa. In un sistema che si sta spostando verso questo equilibrio è necessaria una riflessione sull'evoluzione dei servizi «storici» e sulla loro capacità di tenuta nel nuovo scenario di bisogni e di aspettative. In questa direzione, orientano le regole del sistema introdotte per il 2006 per la maggioranza delle reti di welfare sociosanitario: l'ulteriore espansione delle reti, esclusi i completamenti già in fase di attuazione, non solo non è più una priorità ma potrebbe costituire un impedimento alla razionalizzazione delle risorse che devono essere focalizzate per lo sviluppo qualitativo della configurazione raggiunta da perseguire anche attraverso una diversificazione ulteriore dell'offerta domiciliare. In

---

sempre più interattivo e transattivo del sito internet e del televideo regionale

questo modo, può essere veramente sostenuta la tendenza a spostare nel tempo il ricorso all'istituzionalizzazione definitiva.

Nella stessa direzione e per le stesse motivazioni deve essere collocato il nuovo sistema che introduce, come elemento di assoluta novità del processo di completamento della rete sociosanitaria, l'evoluzione dal sistema di tariffazione al sistema di budget, a partire dalle reti delle cure domiciliari e diurne e della riabilitazione per poi arrivare alle altre. Questo strumento, oltreché garantire il necessario controllo della spesa ed una esatta coincidenza tra costi e risorse disponibili, permette anche di negoziare con gli erogatori, a parità di risorse, margini di miglioramento qualitativo.

2. Programmazione negoziata: attuazione operativa del «principio di sussidiarietà». Nel triennio di attuazione del primo PSSR la completa espressione del programmatore regionale era rimasta ancora priva di strumentazioni con cui interagire e costruire sinergie negoziali, poiché la nuova metodologia di programmazione associata non si fondava sull'effettiva possibilità di saldare la programmazione sociosanitaria con quella sociale.

Il secondo PSSR deve interloquire e misurarsi con le analoghe espressioni di volontà e capacità programmatorie sub regionali:

– i Piani di Zona degli ambiti distrettuali relativi al loro secondo triennio di programmazione (2007-2009) che acquisiranno le «manifestazioni di intesa» delle rispettive ASL di appartenenza in quanto definiti in coerenza verificata agli obiettivi regionali;
– i Piani di Programmazione e Coordinamento dell'ASL che esprimono a partire dal 2006 un esercizio delle loro funzioni PAC coerente con gli obbiettivi, i budget e le «regole di sistema» indicati dalla Regione Lombardia.

3. «Dimensione orizzontale» della sussidiarietà: nel welfare lombardo il principio di sussidiarietà non è rispettato soltanto nella sua dimensione «verticale» che sposta lungo l'asse discendente dei livelli istituzionali (Regione, ASL, Comuni) l'esercizio di funzioni essenziali al funzionamento appropriato del sistema sociosanitario ma il baricentro del sistema dei livelli istituzionali si sposta alle espressioni singole ed associate della società civile. Risulta quindi maggiormente garantito, rispetto al passato, il «coinvolgimento» del Terzo settore che ha visto costruiti nel triennio precedente i «luoghi ed i nodi» del suo effettivo esercizio di ruolo.

Tre livelli, sinergici, operativi e coesistenti di Tavoli del Terzo settore (Regionale, di ASL, di ambito distrettuale) garantiranno, più che in passato, il superamento delle fratture tra i livelli istituzionali e le potenzialità, programmatorie gestionali, di reperimento di risorse, dell'economia sociale presente in Lombardia.

4. Completamento del processo legislativo: attuato attraverso la razionalizzazione e semplificazione del sistema di welfare al quale deve tuttavia corrispondere una intensificazione dei sistemi di valutazione della qualità degli interventi ed un affinamento del sistema di controllo della loro appropriatezza.

Il sistema lombardo questa condizione l'ha assicurata a se stesso, ai suoi attori, ed ai suoi interlocutori, avendo completato:

– il proprio processo di riforma legislativa (l.r. 31/97) con la l.r. 34/04 fino all'approvazione delle leggi relative alla semplificazione (l.r. 1/05 e 6/05) ed alla legge sul Servizio civile,
– il puntuale processo attuativo di tale impianto, completando nel triennio il sistema di accreditamento delle unità costitutive delle reti del welfare sociosanitario e sociale.

In continuità con le azioni dell'ultimo triennio, prosegue l'evoluzione del sistema dei servizi sociosanitari e sociali, verso la piena realizzazione di un sistema di welfare community.

La transizione a tale sistema implica:

– un progressivo cambiamento del ruolo e delle funzioni delle pubbliche amministrazioni, che sempre più devono diventare «regolatrici» della vita sociale ed economica ed essere sempre meno strutture che applicano norme o che gestiscono servizi;

– l'applicazione del principio di sussidiarietà, non solo attraverso la partecipazione del privato sociale all'erogazione dei servizi, ma anche attraverso la valorizzazione dei progetti e la partecipazione alla «governance» degli enti presenti e attivi nel tessuto sociale;

– il rafforzamento del principio della libera scelta del cittadino, consentendogli di conoscere e accedere alle soluzioni più adatte alle proprie necessità;

– la promozione di interventi tesi ad attivare legami di solidarietà tra le persone, le famiglie e i gruppi sociali;

– il sostegno della famiglia quale soggetto promotore degli interventi;

– l'aumento delle capacità del «capitale umano» del sistema affinché sia in grado di affrontare adeguatamente le nuove sfide;

– lo sviluppo della ricerca sociale e sociosanitaria a supporto delle definizioni delle politiche.

Per perseguire tali obiettivi, si rende necessario:

• rafforzare il ruolo delle ASL, attraverso il Dipartimento ASSI, rispetto alle funzioni di programmazione, acquisto e controllo, all'adozione di forme di controllo atte a tutelare il cittadino;

• valorizzare il ruolo degli Enti locali attraverso il sostegno all'attuazione dei Piani di Zona e alla programmazione associata;

• rafforzare la partecipazione del Terzo settore nella esecuzione della programmazione, attraverso lo strumento del Tavolo del Terzo settore che rappresenta un ambito di progettazione comune, di co-responsabilità e di scelte condivise;

• differenziare l'offerta di strutture, servizi ed interventi, mediante l'analisi ed il monitoraggio dei bisogni della quota più fragile della popolazione, anche con il completamento dell'organizzazione del sistema domiciliare (buoni sociali e voucher sociosanitari e sociali) e l'estensione del sistema di accreditamento istituzionale anche al sistema socioassistenziale;

• progettare percorsi e processi per favorire la semplificazione del corretto accesso ai servizi e la continuità assistenziale (coordinamento tra i diversi servizi e relativi controlli di adeguato uso delle risorse);

• sviluppare azioni di sostegno e promozione delle responsabilità familiari attraverso l'osservazione e il monitoraggio dell'evoluzione dei ruoli familiari adeguando conseguentemente il sistema dell'offerta;

• attivare processi di valutazione dell'efficacia delle prestazioni delle associazioni familiari, delle organizzazioni del Terzo settore e delle entità istituzionali;

• promuovere interventi di formazione e riqualificazione degli operatori del welfare e sostenere la programmazione degli interventi formativi anche attraverso l'istituzione di un sistema che interfacci l'offerta formativa con il sistema dei servizi;

• accompagnare, attraverso azioni di sviluppo della ricerca sociale, le questioni relative al consolidamento, anche in termini qualitativi, delle politiche sociali. Rispetto al sistema dei servizi si identificano come priorità l'analisi della qualità dei modelli organizzativi dei Piani di Organizzazione e Funzionamento Aziendali (POFA) e la valorizzazione del capitale umano; rispetto al sistema dei bisogni la strategia conoscitiva sarà orientata alla conoscenza e comprensione delle molteplici forme di disagio delle persone e delle famiglie che nel loro insieme costituiscono fattori di esclusione sociale. Nel processo di incremento conoscitivo dovranno essere coinvolti tutti i soggetti attivi del territorio regionale nella programmazione e realizzazione di interventi.

2. Lombardia: il contesto demografico e il quadro epidemiologico

All'inizio del 2005, la Regione Lombardia si presenta sullo scenario nazionale con 9.400.000 soggetti residenti distribuiti in quasi 1.550 comuni. In termini di popolazione, la Regione rappresenta il 16% dei residenti in Italia e questa dimensione non solo la qualifica come la regione più grande del nostro Paese, ma costituisce anche la spiegazione principale per cui i valori medi nazionali dei fenomeni sanitari sono determinati in larga misura dai valori riscontrati in Regione Lombardia.

Anche in termini di variabilità locale, la Regione (a differenza di gran parte delle regioni italiane) presenta molte delle caratteristiche di eterogeneità che si trovano osservando l'intero territorio nazionale, e non solo per la dimensione (da poche decine ad oltre un milione di abitanti) dei suoi 1.546 comuni.

La dimensione della Regione (tra le prime anche in Europa per popolazione) e la elevata variabilità dei fenomeni sanitari che in essa si riscontra fanno in modo che il «caso lombardo», non solo per le scelte di politica sanitaria effettuate in questi anni, rappresenti di fatto un punto di riferimento nel contesto europeo (oltre che nazionale), con le assunzioni di responsabilità che ne conseguono a tutti i livelli.

2.1 Il contesto demografico e sociale

Il bilancio demografico della Regione è caratterizzato, macroscopicamente, dai seguenti fattori:

• dopo un lungo periodo di flessione (in accordo con gli andamenti riscontrati in altre regioni italiane, nonché nelle nazioni economicamente più sviluppate), da alcuni anni il saldo demografico (definito come differenza tra soggetti nati e soggetti deceduti) è tornato positivo;

• il flusso migratorio complessivo della popolazione è in notevole aumento, registrando, da una parte, un grande afflusso verso la Regione di cittadini non italiani e, dall'altra parte, l'importante riavvio di un forte movimento migratorio nazionale dalle regioni del sud del nostro Paese;

• l'indicatore residenti > 65 anni rispetto ai residenti < 15 anni indica per la popolazione lombarda un rapporto superiore rispetto alla media nazionale. La speranza di vita alla nascita è in linea con il valore nazionale.

Nel complesso, quindi, la popolazione residente in Lombardia è in notevole crescita numerica da 8.879.171 del 1982 a 9.393.092 del 2004 (tabella 15).

Dal punto di vista demografico, è peraltro necessario osservare che all'aumento assoluto della popolazione residente fa da corollario un invecchiamento complessivo della stessa. Secondo i dati più recenti, gli abitanti della nostra Regione presentano una speranza di vita alla nascita in continua crescita (pari a 77,7 anni per i maschi e 84 anni per le femmine), con un tasso di incremento che risulta superiore a quello di gran parte delle altre regioni italiane: in soli 50 anni (dal 1951 al 2002), l'attesa di vita alla nascita si è allungata per i maschi lombardi di 14,1 anni (12,9 in Italia) e per le femmine di 15,6 anni (15,4 in Italia), con un aumento ancora più rapido (per i residenti in Lombardia) nell'ultimo quarto di secolo rispetto alle altre regioni in entrambi i sessi. Questo processo di invecchiamento della popolazione dà luogo ad una importante crescita della quota di popolazione con più di 65 anni (pur avendo la Regione Lombardia una percentuale di ultrasessantacinquenni ancora inferiore a quella di alcune regioni del centro Italia).

Quanto indicato, e la sua ipotizzabile evoluzione a breve termine (e cioè entro il periodo di vigenza del nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale), consente di prefigurare una presenza sempre maggiore della popolazione anziana, con tutto ciò che ne consegue in termini di ricaduta sul Servizio Sanitario Regionale, anche se le recenti tendenze sulla evoluzione dei consumi sanitari suggeriscono una diminuzione di importanza della età della popolazione in quanto tale ed un maggiore rilievo della presenza di cronicità e dell'avvicinarsi al termine della vita a qualsiasi età.

Nella società lombarda vi sono più di 9 milioni di individui, quasi 4 milioni di nuclei familiari che risiedono stabilmente nel territorio. Insieme hanno un ruolo attivo e determinante nei processi di crescita e di innovazione dell'organizzazione sociale arrivando a tessere un efficiente sistema di reti che oggi rappresenta la vera grande ricchezza della Lombardia. Questo patrimonio va monitorato, rispetto alle sue trasformazioni e problematiche reali e prospettiche. Si devono quindi esaminare e valutare le tendenze ed i cambiamenti in atto nella società lombarda con particolare attenzione ai punti che potranno portare a situazioni di criticità. Nel corso degli ultimi anni la popolazione lombarda sembra aver riconquistato una certa vivacità demografica, conseguente all'apporto migratorio. Va comunque sottolineata la grande vivacità sociale del contesto lombardo: le famiglie e tutte quelle entità ed organizzazioni, che insieme costituiscono il terzo e quarto settore, hanno un ruolo attivo e determinante nei processi di crescita e di innovazione dell'organizzazione sociale arrivando a tessere un efficiente sistema di reti che oggi rappresenta la vera grande ricchezza della Lombardia. Questo patrimonio va opportunamente monitorato, rispetto alle sue trasformazioni e problematiche reali e prospettiche.

2.1.1 Famiglia

In Lombardia il modello prevalente è ancora quello della coppia con figli (39,5%), anche se il 10% dei lombardi vive da solo. Si riduce il tasso di nuzialità e rimane tendenzialmente basso quello di natalità (1,19), aumentano significativamente le separazioni e i divorzi. Il numero di componenti medi per famiglia lombarda è 2,45 (dato al 2001), inferiore rispetto quello italiano che si attesta sui 2,59. Inoltre è ben presente il fenomeno della famiglia «lunga», ossia della lunga permanenza dei giovani nella famiglia di origine.

La famiglia svolge un doppio ruolo: luogo della sicurezza degli affetti, rafforzato anche dalla scarsa conflittualità tra le generazioni conviventi sotto lo stesso tetto, e rete di sostegno, sia per i componenti più anziani, sia per quelli più giovani. In questo secondo caso la famiglia agisce come un supporto economico che consente al giovane di fronteggiare le precarietà del lavoro, di affrontare con relativa serenità i periodi di disoccupazione o inoccupazione, senza il pericolo, assai paventato dalle giovani generazioni, di abbassare i propri standard di vita o ridurre il livello dei consumi.

Aiutare ad aumentare il numero delle famiglie e dei suoi componenti significa intervenire sui rapporti tra le generazioni per favorirne la sussidiarietà (la generazione adulta aiuta i giovani per l'autonomia e non per prolungarne la dipendenza) e riorganizzare, improntandoli sulla flessibilità, i tempi ed i percorsi lavorativi dei genitori in modo che riescano a trovare una maggiore compatibilità con le esigenze familiari. In Lombardia, più che altrove, si riscontrano progressi per quanto riguarda la presenza sociale delle donne: le famiglie con due o più occupati sono aumentate al 40% nel 2003 e tale incremento è dovuto principalmente all'accresciuta occupazione delle donne. Nella Regione la componente femminile è presente tra la popolazione occupata nella misura del 40,5% a fronte del 37,9% a livello nazionale. I nodi critici della parità si sviluppano principalmente in tre direzioni: la nuova stratificazione del lavoro che vede sempre più l'affermarsi del part-time e della flessibilità; le persistenti o nuove difficoltà nelle carriere per donne; la ricerca di nuove soluzioni ai problemi di conciliazione tra famiglia e lavoro per donne e uomini.

2.1.2 Minori

La popolazione dei minori, età compresa tra gli 0 e i 17 anni, nel corso degli anni sul territorio del Paese è progressivamente e sensibilmente diminuita passando da 11.518.000 al censimento 91 a 10.090.000 al censimento 2001, con una perdita percentuale del 12,4% in un decennio. Il dato Lombardo negli ultimi anni si discosta invece dal trend degli anni '90 registrando un lieve incremento: i minori passano da 1.425.000 nel 2001 a 1.447.802 nel 2003. Tale incremento è tuttavia ascrivibile ad una maggiore natalità di bambini figli di immigrati (i neonati figli di stranieri costituiscono infatti il 9% del totale dei neonati dimessi dagli ospedali nel 2003), così come ad un ingresso nella nostra Regione di minori stranieri, in età preadolescenziale e adolescenziale, in ricongiungimento al nucleo familiare. La Regione Lombardia è anche la Regione con il numero più elevato di minori non accompagnati (1.347, pari al 24,2% del totale).

Dal punto vista demografico la struttura per classi di età evidenzia nel 2001 una percentuale maggiore di minori nella fascia di età 0-4 anni (28,6% sul totale).

Sotto il profilo sociologico e psicologico, la popolazione dei minori è caratterizzata da una più marcata fragilità, conseguente alle profonde modificazioni intervenute sia nelle relazioni intrafamiliari (aumento dei conflitti di coppia e delle separazioni, con un tasso nel 2001 del 33,8% di separazioni e del 17,4% di divorzi), sia nella struttura economica e sociale della famiglia e più in generale della società.

La diversa composizione etnica della popolazione minorile, registrabile innanzitutto nelle strutture educative e sociali per l'infanzia e l'adolescenza che assumono sempre più caratteristiche multietniche, è un'ulteriore elemento di complessità che il minore si trova a dover affrontare.

Sul fronte dell'istruzione i dati provenienti dal MIUR e dall'ufficio scolastico regionale, evidenziano come il fenomeno della dispersione e dell'abbandono scolastico, sia particolarmente presente nella nostra Regione, così come il tasso di scolarità degli istituti superiori sia inferiore rispetto alla media nazionale.

Questi dati, lungi dall'essere esaustivi della complessità, per una efficace programmazione regionale sociale, educativa e socio sanitaria, devono essere costantemente monitorati e letti con attenzione in modo integrato.

Pare altresì importante evidenziare il dato relativo ai minori che entrano nel circuito del sistema penale. Si rilevano 2.915 soggetti minorenni segnalati agli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile dei distretti di Milano e Brescia, di cui n. 494 presi in carico dai servizi territoriali. Dei minori segnalati, 1.713 sono italiani e 1.202 sono nomadi e stranieri. Benché si sia evidenziata una costante crescita dei minori stranieri denunciati rimane comunque significativa la commissione dei reati da parte dei minori italiani, che rappresentano più della metà dei minori denunciati all'interno delle Corti di Appello di Milano e Brescia.

La tipologia dei reati commessi e la trasversalità sociale evi-

denziano che sempre più l'impatto degli adolescenti con il sistema penale sembra essere espressione di un profondo disagio psicologico piuttosto che di disagi più marcatamente «sociali» e materiali.

2.1.3 Giovani

La popolazione giovanile, quella di età compresa tra i 20/25 anni ed i 30/35, ha visto numerosi cambiamenti sia sul piano del proprio ruolo e posto nella società, sia su quello più psicologico.

Anche come conseguenza di un mercato del lavoro decisamente più vivace, i tassi di occupazione dei giovani lombardi sono decisamente superiori a quelli del resto d'Italia, va tuttavia sottolineato come i giovani siano i più esposti alla precarizzazione del lavoro dipendente, testimoniata dalla grande espansione, per le fasce d'età giovanile, del cosiddetto lavoro atipico (lavoro temporaneo, parasubordinato, part time). I tassi di scolarità, tuttavia, non sono certo quelli di una Regione che intende misurarsi con l'Europa e sono inferiori alla media italiana. Il sostegno della famiglia di origine certamente consente ai giovani di muoversi con una certa scioltezza sul mercato del lavoro, per costruire il proprio *curriculum* in modo vario ed articolato, ma questo stesso sostegno ha risvolti non del tutto positivi. La sicurezza di un appoggio materiale da parte dei genitori, insieme all'insorgere di atteggiamenti iperprotettivi, spinge i giovani alla ricerca di quelle entrate che consentano non solo di mantenere livelli di vita giudicati appaganti, ma anche di soddisfare bisogni di consumo in larga misura indotti dai modelli proposti dal sistema dei media; ciò comporta troppo spesso abbandono precoce degli studi, con conseguente entrata nel mondo del lavoro.

Per molti aspetti i giovani lombardi condividono le attese, le aspettative, gli stili di vita dei loro coetanei del resto del Paese, tuttavia manifestano alcune peculiarità, in larga misura legate allo specifico economico e sociale della Lombardia. I livelli di associazionismo dei giovani lombardi e la disponibilità all'impegno personale sono significativamente superiori a quelli delle altre regioni, ed anche i tassi di lettura e di consumi culturali sono più elevati che altrove. Tuttavia, secondo le indagini più recenti il 35% dei giovani lombardi non vede chiaro nel proprio futuro, anche se il dato nazionale è più elevato (raggiunge, infatti, il 41%), ed il 28% ama vivere alla giornata. Il lavoro ha ancora un peso importante, ma non è più uno dei punti centrali nella costruzione dell'identità e, ciò che più conta, rende più sfumata ed incerta la progettualità tra le nuove generazioni. In conclusione se è pur vero che, come si è detto, il fenomeno della famiglia lunga permette ai giovani di resistere alle difficoltà ed alle incertezze del mercato del lavoro, va oltremodo sottolineato che è anche un potente freno al raggiungimento di una piena autonomia progettuale ed alla formazione di nuove famiglie. I costi che una giovane coppia deve sostenere, accompagnati alle insicurezze delle entrate di redditi da lavoro, sono un ostacolo, certamente di carattere materiale, ma anche di natura psicologica all'avvio di una nuova famiglia e, quando questa sia costituita, alla filiazione. I giovani rappresentano una risorsa strategica fondamentale nella società odierna, ed il quadro delineato evidenzia aspetti altamente critici che richiedono politiche integrate ai diversi livelli: sociale, psicologico, dell'educazione e della formazione, del lavoro.

2.1.4 Anziani

Complessivamente si osserva un invecchiamento della popolazione: nell'arco di poco più di un decennio la popolazione lombarda ha perso circa 250 mila giovani (0-19 anni) e si è accresciuta di quasi mezzo milione di ultrasessantenni, di cui più di un quinto (102 mila) ultraottantenni.

L'indice di vecchiaia (ultrasessantaquattrenni per 100 residenti) e l'indice di dipendenza (ultrasessantaquattrenni per ogni 100 residenti 20-64enni) sono accresciuti, rispettivamente, di 4 e di 6,7 punti. Il tutto mentre la popolazione in età attiva ha mantenuto una sostanziale stabilità, perdendo unicamente circa un punto percentuale. In sintesi, mentre l'invecchiamento della popolazione lombarda segnala una ulteriore consistente accelerazione, la dinamica del corrispondente indicatore del carico sociale fornisce indicazioni tutt'altro che rassicuranti circa i futuri equilibri del sistema di welfare. Nel 2025 le persone con più di 60 anni saranno il doppio dei giovani (44 anziani e 20 giovani ogni 100 individui in età attiva). La popolazione anziana, sempre più numerosa e con maggiori aspettative di vita, oggi esige cure e prestazioni numericamente ben superiori a quelle di 10 anni fa. Solo il 45,5% degli anziani riesce a risparmiare, e il 20,1% fa fatica ad arrivare a fine mese. Il 29% degli anziani vive da solo mentre il 48,7% vive con un'altra persona (il più delle volte il coniuge o il figlio).

Dobbiamo però considerare che continua a lavorare il 14% tra i 65-74enni, il 4,9% tra i 75-84enni e l'1,5% tra coloro che hanno 85 anni.

Pertanto, l'anziano non deve essere inteso solamente come utilizzatore di servizi ma anche come una risorsa, poiché egli è spesso fornitore di aiuti nelle relazioni familiari, nel mondo del volontariato lombardo, nelle iniziative di formazione, nella promozione della cultura e nella gestione del tempo libero.

2.1.5. Disabili

Fotografare il mondo della disabilità costituisce a tutt'oggi un'operazione complessa e difficoltosa, sia nella stima della quantità che in quella della determinazione della gravità. I dati provenienti dalle diverse fonti sono tra loro differenti, essendo di fatto differenti i generatori dell'informazione: l'ISTAT riferisce che il numero di disabili è prossimo al 4% della popolazione lombarda, pari all'incirca a 355.000 persone mentre, secondo i dati INPS, erogatore dei benefici economici connessi allo stato di invalidità (pensione di invalidità, assegni e indennità di accompagnamento), il numero di disabili è di circa 450.000, va tuttavia sottolineato che tra gli invalidi civili sono ricomprese anche tutte le persone anziane che beneficiano dell'assegno di accompagnamento, in ragione della loro impossibilità di svolgere gli atti della vita quotidiana e che prima beneficiavano di questo assegno che si è trasformato, per motivi di età, in assegno sociale. Le ASL lombarde, segnalano che nel 2004 sono stati effettuati nuovi accertamenti di invalidità civile, tramite le commissioni mediche, per 117.832 persone. Va tuttavia evidenziato che questo dato non è cumulativo degli accertati degli anni precedenti e che tra gli accertamenti annuali vanno annoverati, oltre ai nuovi accertamenti anche tutti gli aggravamenti e le revisioni degli anni precedenti.

Informazioni qualitative ci pervengono invece dall'universo delle persone disabili e delle loro famiglie che fruiscono dei servizi territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui la nostra Regione è particolarmente ricca.

Anche per le persone con disabilità la speranza di vita si è allungata, avvicinandosi progressivamente alle aspettative della popolazione in genere.

Nel corso dell'ultimo decennio è inoltre aumentato il numero di richieste di intervento, sociale o socio sanitario, di persone con gravi disabilità, acquisite in età adulta a seguito di traumi o di gravi patologie ad evoluzione degenerativa. Una richiesta di intervento che si allarga progressivamente all'area della socializzazione comprendendo il sostegno per la frequenza ad attività socializzanti anche nel tempo libero e nei periodi estivi. Il carico sociale, economico ma anche psicologico ed educativo, che le persone disabili, soprattutto se bambini, richiedono, impone alle famiglie una presenza sempre costante ed attiva. Le difficoltà dei familiari nella ricerca del luogo migliore di assistenza e cura e la particolare attenzione da porre nella ricerca della continuità dell'intervento educativo, abilitativo, riabilitativo, si evidenziano attraverso l'espressione di un forte bisogno di presa in carico della popolazione disabile in età evolutiva, sia come supporto e sostegno della famiglia nelle funzioni genitoriali sia in quelle del percorso di integrazione scolastica.

La particolare attenzione posta dalla Lombardia al processo di integrazione lavorativa e sociale, accompagnata ad una maggiore consapevolezza dei propri diritti, ha fatto emergere anche una puntuale richiesta di sostegno alla vita autonoma ed indipendente, con conseguenti necessità di abitazioni adeguate e di ausili tecnologicamente avanzati, in grado di permettere una vera e reale inclusione sociale.

Una consapevolezza che cresce trasversalmente a tutti gli ambiti del mondo della disabilità, comprendendo anche le persone con disabilità intellettiva e relazionale e i loro familiari. Crescono le attese e le richieste di percorsi di vita adulta autonoma e di proposte residenziali adeguate, prima dell'insorgere di situazioni di emergenza familiare.

2.1.6 Poveri

In Italia una famiglia su 10 vive in condizioni di povertà relativa, per un totale di circa 2.3 milioni famiglie e oltre 8 milioni di persone. Una progressiva difficoltà, che colpisce in maniera crescente anche il ceto medio. Per quanto riguarda la Lombar-

dia, il dato ISTAT 2002 mostra un'incidenza della povertà pari al 3,7% delle famiglie, valore decisamente inferiore rispetto alla media nazionale (11%), che tuttavia appare in crescita già dal 2003 con un valore del 4,5. Al di sotto della linea standard della povertà (pari a 919,98 euro nel 2004 per un nucleo familiare composto da 2 persone) vivono quindi complessivamente 139 mila famiglie lombarde, di cui 56 mila sicuramente povere (139 mila persone) e 83 mila appena povere (208 mila persone). Se però a queste aggiungiamo le altre 147 mila famiglie quasi povere, cioè appena al di sopra dei 920 euro mensili, il totale delle famiglie lombarde coinvolte dal fenomeno della povertà nell'anno 2002 diventa di oltre 285.000. Inoltre l'incidenza della povertà cresce al crescere della numerosità della famiglia, facendosi più sensibile in presenza di figli minorenni o di persone anziane.

Nel complesso, quindi, nonostante la minore gravità rispetto al panorama nazionale, il fenomeno della povertà anche in Lombardia negli ultimi anni si è esteso. Per comprendere appieno il fenomeno della povertà si deve tuttavia fare non solo riferimento alla povertà economica, come sopra rilevata, ma anche all'incidenza delle «nuove povertà» (forme di svantaggio dovute a carenze di fattori relazionali e di possibilità di cura) ed alla «povertà soggettiva». Lo studio di quest'ultimo aspetto, che consiste nella percezione individuale delle proprie capacità economiche, fa emergere che il numero delle famiglie che si considerano soggettivamente povere (7,7%) è più ampio di quelle che figurano oggettivamente povere (5%). Nel caso della Lombardia il divario è ancor più accentuato: con valori che si situano tra il 7,9% e il 3,7% il sentimento di deprivazione relativa delle famiglie risulta più alto, non solo perché le loro aspettative sono più elevate, ma anche perché esse si confrontano con costi e livelli di consumo più elevati rispetto ai valori nazionali; in pratica, anche una parte di chi si trova oggettivamente al di sopra della linea di povertà nazionale fatica a mantenere gli standard medi dell'area in cui vive e dunque si considera relativamente (se non anche assolutamente) povero. Una prima conseguenza da trarre è che in varie regioni, tra cui la Lombardia, la povertà relativa risulta sottostimata per effetto dell'uso della linea di povertà nazionale la quale non riesce a tener conto del differente costo della vita esistente tra le diverse aree economico-territoriali del nostro paese.

2.1.7 Immigrati

Vi è un graduale e continuo consolidamento della realtà migratoria, che si configura come elemento strutturale nel contesto del territorio lombardo dove si concentra circa il 25% delle presenze straniere rispetto al totale nazionale. Nel 2001 gli stranieri presenti in Lombardia erano stimati in 405mila unità a fronte di una presenza che a dicembre 2005 è stimata a un minimo di 776mila unità. In generale nell'arco del quinquennio 2001-2005 l'evoluzione del numero totale dei presenti evidenzia una crescita intensa in tutte le province della Lombardia e conferma una radicale territorializzazione del fenomeno stesso.

Per quel che riguarda la partecipazione al mercato del lavoro da parte della popolazione straniera si evidenza la capacità d'assorbimento dell'immigrazione da parte del sistema economico lombardo (con una graduale diversificazione degli sbocchi occupazionali).

La multietnicità del fenomeno migratorio in Lombardia è confermata altresì dalla presenza nelle scuole lombarde di 187 differenti nazionalità di provenienza degli alunni stranieri con una crescita diffusa dell'8-9% di presenze nelle scuole dell'infanzia e di primo grado, con quote più basse pari al 3,8% negli istituti di secondo grado. Il fenomeno della presenza sul territorio di minori stranieri è non solo particolarmente rilevante di per sé, ma è anche un segnale della modifica dei profili familiari presenti in Lombardia.

L'incremento della popolazione straniera in Lombardia è avvenuto in concomitanza con due caratteri qualitativi: l'insediamento stabile dei flussi migratori nei territori e la progressiva femminilizzazione dei flussi e dunque il riequilibrio di genere nella presenza.

Accanto all'immigrazione economica si registra altresì il fenomeno delle «emigrazioni forzate» di persone cioè costrette ad abbandonare la propria area di origine a causa di guerre, persecuzioni e violenze generalizzate. La presenza di richiedenti asilo e di rifugiati interessa la Lombardia sia perché nella regione sono presenti aree di frontiera (tra cui lo scalo aeroportuale di Malpensa che registra annualmente 350 ingressi), sia perché la loro presenza gravita sulle sue aree metropolitane. Si evidenzia, quindi, la necessità di approntare servizi di accoglienza, informazione e protezione.

2.1.8 Dipendenti da droga ed alcool

Vi è un andamento in lieve, ma costante, crescita nel corso degli ultimi anni: circa 26.000 soggetti tossicodipendenti presi in carico, costituiti per un quarto da nuovi arrivati, a cui vanno aggiunti oltre 8.000 soggetti con problemi di alcool. Oltre che la riconferma di un fenomeno radicato, va osservata con attenzione la differenza nell'uso di sostanze: si è rilevato un aumento drammatico, in termini percentuali, di soggetti che fanno uso di cocaina (circa il 20% del totale) e si rileva, inoltre, l'abbassamento della età di approccio alle sostanze.

Parallelamente alla diminuzione degli utenti in carico ai Servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.) per consumo di eroina (83,7% nel 2001, 75,3% nel 2004), in Italia si sta assistendo infatti ad un rapido incremento di consumatori di cocaina (5,9% nel 2001, 11,4% nel 2004). Sempre a livello nazionale, nel periodo 2001-2003 si registra un aumento dell'uso di cocaina nel genere femminile, mentre si mantiene inalterata la percentuale dei maschi. Anche in Lombardia, nello stesso periodo i consumatori di cocaina in carico ai servizi sono più che raddoppiati: sono passati da 2.488 a 5.141, cifra pari circa al 20% dei soggetti complessivamente in carico ai servizi.

Per quanto riguarda il consumo delle diverse sostanze d'abuso, l'Italia si situa al di sotto della media europea nel caso di consumo recente (ultimo anno) di cannabis tra i giovani adulti (15-34 anni) e di ecstasy, ma al di sopra della media nel caso di consumo di cocaina.

Al rapido cambiamento delle sostanze d'abuso e del numero dei loro consumatori non fa però fronte una altrettanto rapida presa in carico da parte dei servizi, in Italia mediamente passano 6 anni fra il primo uso della sostanza e l'età al momento del primo trattamento per abuso di oppiacei, cannabis e anfetaminoderivati, intervallo che aumenta a 7 anni nel caso di cocaina.

Il cambiamento e la rapida evoluzione del fenomeno è anche legato a nuove modalità di «spaccio»: al consueto mercato si è affiancato un sistema di distribuzione delle sostanze molto più capillare e legato a circuiti amicali e quotidiani.

2.1.9 Terzo settore

La società lombarda possiede importanti risorse in termini di cooperative sociali, associazioni di volontariato, associazioni pro-sociali, che mostrano un notevole sviluppo nel corso degli ultimi anni e che rappresentano un soggetto strategicamente centrale nel welfare lombardo. Si stima che oltre 4 mila organizzazioni operino sul territorio nazionale ed il volontariato lombardo, in particolare, pone al centro dell'intervento la persona; i principali destinatari delle prestazioni sono gli anziani, sia autosufficienti che non (37,5%), i malati (36,5%) e gli adulti in difficoltà (23,7%).

Le organizzazioni iscritte al registro del volontariato in Lombardia sono 3.478 nelle quali sono operanti 114.757 volontari, anche se il numero medio di volontari per organizzazione diminuisce (da 56 nel 1995 a 36 nel 2001). Molte energie del volontariato lombardo sono destinate al settore socio-assistenziale (50,5% delle organizzazioni). Si evidenzia inoltre una diffusa offerta di attività educative e formative (38,8%), ricreative (25,7%) e di tutela e promozione dei diritti (16,7%).

Le cooperative sociali, presenti in Lombardia, iscritte all'albo sono 1.127. Negli ultimi anni si è registrato un incremento delle iscrizioni. Tra il 2001-2005 le cooperative hanno allargato la quota degli occupati con un aumento del 74,5%.

Nel territorio lombardo operano 8.544 associazioni legalmente riconosciute e 19.364 associazioni non riconosciute. Le associazioni di promozione sociale svolgono in prevalenza le loro attività in ambito culturale, sportivo e ricreativo; al secondo posto si trovano le attività di tipo sanitario e al terzo quelle sociali e assistenziali. Un sottoinsieme delle associazioni pro-sociali è costituito dalle associazioni familiari (489). Queste sono prevalentemente impegnate nell'erogazione di servizi di prossimità (il comune di riferimento). L'associazionismo in Lombardia si conferma vivace e articolato.

2.2 Il quadro epidemiologico

Il contesto demografico brevemente delineato è all'origine di un quadro epidemiologico lombardo che risulta caratterizzato ancora una volta da molti elementi che seguono la media nazionale e da alcune peculiarità che vale la pena di evidenziare (tabelle 16 e 17).

Se le patologie cardiocerebrovascolari rappresentano le patologie numericamente più frequenti (sia in termini di mortalità che di ricoveri) anche nella nostra Regione, che peraltro non sembra distinguersi particolarmente dal resto del Paese (tasso di mortalità nel 2002: 27,42 ogni 10.000 abitanti in Lombardia; 29,57 in Italia), la patologia oncologica (seppure in importante diminuzione nel tempo) presenta in Lombardia elevate frequenze, che meritano particolare attenzione (tasso di mortalità: 28,16 in Lombardia vs 23,86 in Italia). Sostanzialmente nella media nazionale si presentano invece la maggior parte degli altri grandi gruppi di patologia.

Grazie ad una architettura informativa che si identifica con il termine di «Banca Dati Assistiti» (BDA) (collazione di tutte le attività sanitarie usufruite da uno specifico, ed individualmente identificato, soggetto) e ad una metodologia di analisi che ha messo esplicitamente sul tavolo il tema della cronicità, è infatti possibile leggere oggi lo stato di salute e la domanda sanitaria dei cittadini lombardi con una impostazione epidemiologica che supera largamente i tradizionali indicatori di mortalità (e di incidenza di alcune patologie), per avvicinarsi invece al consumo di risorse ed ai percorsi di cura che caratterizzano il cittadino portatore di una determinata patologia (o condizione): si tratta, in sostanza, di un approccio epidemiologico molto più adeguato di quello tradizionale ai fini della programmazione sanitaria di un territorio e della stesura di un Piano Sanitario Regionale.

Il percorso lombardo della c.d. Banca Dati Assistito, iniziato da circa tre anni, centra le informazioni sul soggetto di cura attingendole da tutte le basi dati amministrative esistenti. In questo modo, tutti gli eventi sanitari che hanno caratterizzato la storia clinica del paziente sono allineati in un percorso temporale che può essere analizzato in ogni sua fase e ricondotto in un ambito locale molto circoscritto. Tale innovazione consente di intervenire tempestivamente in caso di mancata copertura del livello assistenziale o di proporre modifiche nel caso in cui si riscontrassero delle modalità inappropriate di erogazione delle prestazioni.

La particolarità dello strumento rende possibile classificare i cittadini secondo le principali patologie cronico-degenerative (diabetico, cardiovasculopatico, oncologico, broncopneumopatico, etc) o patologie prevalenti ed assegnare ad ogni singolo evento il livello essenziale di appartenenza (prevenzione, territoriale, ospedaliero).

In particolare, lo strumento BDA consente di monitorare tutti i contatti di ciascun assistito con i servizi sanitari e di tracciare il caso clinico, nel rispetto della normativa sulla privacy. L'inserimento degli assistiti in categorie suddivise per patologia prevalente rende possibile effettuare una mappatura epidemiologica delle principali malattie correlandole con la popolazione assistita; ciò consente di valutare la distribuzione della patologia sul territorio e fare confronti spazio-temporali, al fine di evidenziare scostamenti significativi meritevoli di approfondimenti sulle possibili cause e favorire l'introduzione di eventuali correttivi. È un modo nuovo di «leggere» la realtà, emblematico del cambiamento che pone realmente il paziente al centro del sistema.

In questo modo, è possibile effettuare una analisi dei livelli essenziali di assistenza, individuando per ogni singola patologia quali sono i *gold standard* di ogni singolo livello assistenziale sia in termini di numero e tipologia di prestazioni erogate che di consumo inteso in termini economici. Tale analisi deve ovviamente essere rappresentata sia su base regionale che su base locale, al fine di consentire il monitoraggio ed il confronto. Definire per singola patologia qual è il valore ottimale atteso di prestazioni ambulatoriali è, infatti, ben altra cosa rispetto alla semplice scelta di definire in termini di bisogno il numero medio di prestazioni ambulatoriali rese ad ogni cittadino. Si può immediatamente comprendere come il primo tipo di analisi sia più adeguato a garantire e tutelare i livelli essenziali, in quanto analizza lo specifico della singola patologia.

La rappresentazione puntuale e differenziata del bisogno consentirà di effettuare un fondamentale passo in avanti nella tutela e nella garanzia dei livelli di assistenza dei cittadini.

La BDA, che verrà affinata su basi scientifiche nel prossimo triennio, rappresenta pertanto una metodologia di analisi fondamentale per lo sviluppo del sistema sanitario, in quanto destinata ad originare un circuito virtuoso di miglioramento della qualità e dell'appropriatezza grazie al confronto fra modelli territoriali diversi nell'approccio economico-sanitario alle varie patologie, in una visione di integrazione fra ospedale e territorio. Le potenzialità di sviluppo dello strumento sono realmente vaste ed i prossimi anni saranno decisivi per il suo completo utilizzo e definitivo consolidamento.

Nell'ultimo triennio è stato anche introdotto uno strumento di connessione della BDA con i dati relativi agli ospiti delle RSA lombarde e coloro che usufruiscono di assistenza domiciliare.

3. Il soddisfacimento del bisogno

Una delle principali finalità dell'attività di governo regionale è quella di garantire il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione in un modo che sia il più possibile appropriato ed adeguato sia alle necessità cliniche dei malati che alla disponibilità di risorse. L'epidemiologia e la verifica delle attività mediante metodologie di auditing clinico saranno nei prossimi anni gli strumenti principali con cui saranno perseguite le finalità appena descritte.

In una logica di questo tipo è necessario che siano coinvolti in una dinamica di forte corresponsabilità, e quindi di alleanza rispetto ad un condiviso scopo comune, gli attori del sistema che sono rappresentati dai professionisti e dagli operatori, dalle società scientifiche e professionali, dagli ordini professionali, dalle Università e dagli istituti di ricerca; essi sono partner irrinunciabili che permettono di vedere e di valutare il sistema sanitario con il necessario «occhio clinico».

3.1 La prevenzione: il rilancio sulla base dell'evidenza scientifica

La promozione della salute e la prevenzione delle malattie vanno sviluppate in un contesto di coerenza con i grandi obiettivi di salute della programmazione nazionale e comunitaria quali:

- allungare la speranza di vita senza malattie e disabilità;
- monitorare con particolare attenzione le patologie dominanti e/o emergenti;
- favorire corretti stili e comportamenti individuali;
- contenere i rischi per la salute legati alle condizioni degli ambienti di vita;
- sostenere programmi per la sicurezza alimentare e la diminuzione degli incidenti (stradali, domestici, sul lavoro);
- sostenere programmi di prevenzione e lotta alle malattie trasmissibili all'uomo da parte degli animali;
- stimare e prevenire l'impatto sulla salute dei cittadini dei cambiamenti climatici.

In questo contesto si terrà conto dei principali programmi europei in materia di sanità pubblica (Programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica, 2003-2008) e dei recenti Programmi nazionale e regionale per la prevenzione attiva e delle nuove normative in materia di sicurezza alimentare e di sanità veterinaria.

Le strutture del Servizio Sanitario Regionale ed in particolare i Dipartimenti di Prevenzione medica e di Prevenzione veterinaria delle ASL potranno svolgere un ruolo cruciale e di indirizzo per il sistema prevenzione, solo se porteranno a termine l'opera di revisione sistematica di attività e prestazioni di sanità pubblica in base a criteri di appropriatezza e di efficacia sanitaria

Analisi puntuali e validate sulle diverse pratiche di prevenzione delle quali è in dubbio l'efficacia, devono essere condotte a livello regionale e di ASL, secondo i seguenti indirizzi operativi:

- per progetti di intervento specifici, si dovrà prevedere, a priori, una valutazione dei dati di evidenza disponibili e, a posteriori, la disponibilità di strumenti per la valutazione di efficacia: l'ipotesi si applica sia ai provvedimenti regionali di approvazione di progetti finalizzati, linee guida, finanziamenti per attività specifiche che dovranno essere accompagnati da una valutazione dei dati disponibili e da indicatori di efficacia, sia ai singoli Piani e progettazioni locali quali, interventi di educazione sanitaria, piani di controllo di settori lavorativi, verifiche in ambienti socio-sanitari;
- si dovranno attivare approfondite valutazioni della attività routinaria (attività ambulatoriale, sopralluoghi, formulazione di pareri, ecc.) finalizzate a promuovere non solo l'efficienza, ma anche l'efficacia ed appropriatezza di tali attività.

Il potenziamento della programmazione delle attività di prevenzione appare lo strumento efficace con il quale guidare il processo di revisione degli interventi di prevenzione oggi erogati. Vanno quindi privilegiati gli interventi e le azioni previsti e consolidati in specifici programmi e piani appositamente definiti, non sottovalutando comunque il ruolo e l'efficacia di norme pre-

viste a garanzia della salute collettiva. In questo senso l'esperienza in atto relativa alla realizzazione di diversi Piani di settore (malattie infettive, sicurezza negli ambienti di lavoro) rappresenta un utile punto di riferimento e una positiva metodologia nell'affrontare i problemi specifici, definire percorsi di integrazione degli interventi, valutare i risultati raggiunti. Le risorse destinate alla prevenzione debbono dunque essere potenziate ed indirizzate prioritariamente al raggiungimento di obiettivi definiti, misurabili e soprattutto per i quali sia possibile verificare l'efficacia.

Nel settore specifico della prevenzione in campo veterinario devono essere privilegiate le azioni rivolte a garantire un elevato livello sanitario negli allevamenti della Regione. Ciò è requisito indispensabile, oltre che per dare sicurezza al cittadino/consumatore che sempre più richiede prodotti alimentari sicuri e di provenienza certa, anche per fornire al mondo agro-zootecnico e agro-industriale lombardo un fondamentale strumento di penetrazione nel mercato mondiale per i prodotti alimentari di qualità tipici della Regione.

In questo senso devono essere coordinati gli interventi relativi alla prevenzione ed eradicazione delle malattie animali, al benessere negli allevamenti, al controllo sull'uso di sostanze vietate e farmaci veterinari, all'alimentazione animale, al funzionamento delle anagrafi zootecniche.

Ancora in tema di sanità pubblica veterinaria particolare attenzione verrà dedicata alla lotta al randagismo, ai connessi problemi di igiene urbana, al controllo della fauna selvatica e degli animali sinantropi.

Alla luce di questi obiettivi, possono essere definiti gli obiettivi di prevenzione da perseguire nel triennio di vigenza del Piano Socio-Sanitario.

Aree di contesto

- Revisione delle pratiche e attività di sanità pubblica e veterinaria non rispondenti a criteri di efficacia
- Sistema informativo della prevenzione
- Sistema della qualità e dell'accreditamento
- Comunicazione per la prevenzione

Aree di settore

- Promozione degli stili di vita
- Prevenzione delle malattie infettive, comprese quelle trasmissibili dagli animali
- Prevenzione delle malattie infettive a rilevante impatto sociale (MST, HIV, AIDS e TB), compresi gli interventi nell'ambito carcerario
- Accertamento del diritto all'indennizzo ex l. 210/92
- Prevenzione dei tumori
- Prevenzione delle malattie cardiovascolari
- Prevenzione delle malattie dell'apparato respiratorio con particolare riferimento al fenomeno del tabagismo
- Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro
- Prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita
- Allergopatie da ambrosia
- Infestanti urbani
- Infortuni domestici
- Incidenti stradali
- Urgenze ed emergenze e problematiche terrorismo
- Acque consumo umano
- Acque balneazione
- Inquinanti, con particolare riguardo alle radiazioni elettromagnetiche e a quelle derivanti dall'inquinamento atmosferico
- Sicurezza alimentare
- Lotta al randagismo
- Tutela del benessere animale.

Le aree di settore verranno dettagliate nella seconda parte del presente Piano nel capitolo «Linee di intervento».

Per quanto riguarda la revisione delle pratiche e attività di Sanità pubblica non rispondenti a criteri di efficacia, l'obiettivo è quello di proseguire l'azione iniziata con la legge regionale 12/2003 in tema di revisione, aggiornamento ed eventuale abolizione di quelle prestazioni e interventi di sanità pubblica che non rispondono a criteri e analisi di efficacia sanitaria e non sono più adeguati rispetto all'attuale quadro epidemiologico e al rinnovato contesto sociale e produttivo.

3.2 Le cure primarie

I dati di contesto sono riportati nella tabelle 18a e 18b. A partire dal concetto di medico singolo nel proprio studio, in assenza di modalità assistenziali aggregate (fatte salve le poche esperienze di medicina di gruppo), si è passati all'immagine del medico in associazione, prima solo ipotizzata, poi resa concreta attraverso investimenti regionali. Le convenzioni nazionali che si sono susseguite dal 1996 ad oggi hanno confermato questa tendenza, restituendoci un medico di medicina generale che nel proprio futuro ha un'attività lavorativa in collegamento con altri medici, pur dovendo mantenere il rapporto diretto, individuale e prioritario con il proprio paziente.

La scelta, promossa fin dagli inizi dalla Regione Lombardia, di scommettere su una medicina di famiglia in forma associata ha consentito di fornire una risposta importante all'esigenza di riequilibrio del sistema sanitario spostato sul livello ospedaliero. Lo sviluppo organizzativo della medicina di famiglia deve essere accompagnato da una riflessione:

- sulle modalità dell'offerta;
- sui livelli dell'offerta.

Questi aspetti implicano in primo luogo un investimento su una medicina di famiglia sempre più orientata all'iniziativa. In questo senso la Regione favorirà progetti dei settori della prevenzione e cura delle patologie oncologiche e ad alto impatto sociale che vedano la medicina di famiglia quale riferimento attivo degli assistiti, anche prevedendo collaborazioni con le altre risorse del territorio.

Sull'aumento dei livelli di offerta la Regione, tra le iniziative in questo senso, ha di recente avviato la sperimentazione di forme di associazionismo evoluto ed integrato tra i MMG ed altre figure sanitarie professionali, attuando un progetto innovativo (Gruppi Cure Primarie) quale alternativa alle sole prestazioni ospedaliere di I e II livello, per il quale si rinvia alla specifica sezione.

Nel triennio 2007-2009, la Regione Lombardia intende portare a compimento e verificare nonché estendere le sperimentazioni dei GCP, favorendo l'aumento dell'offerta di prestazioni appropriate da parte delle forme associative integrate ed evolute, garantendo ai cittadini la possibilità di un riferimento territoriale per la presa in carico dei problemi di salute, qualificando al contempo sempre più il sistema ospedaliero verso interventi caratterizzati da complessità tecniche e competenze professionali specifiche.

In aggiunta verrà sperimentata, ad integrazione dei Gruppi di Cure Primarie, la presenza delle professioni sanitarie (Infermieristica, Prevenzione, Tecnico Sanitaria, Riabilitazione) nelle attività ambulatoriali specialistiche e di diagnostica strumentale e nelle attività distrettuali.

Attraverso gli accordi regionali per la medicina generale, si provvederà inoltre a definire compiti assistenziali, da affidare ai medici di medicina generale, ulteriori rispetto a quanto già definito dalla Convenzione nazionale.

Per quanto riguarda la pediatria, oltre quanto già detto per la medicina generale, si affronterà nel triennio la difficoltà pluriennale di garantire ad ogni bambino di età compresa tra 0 e 6 anni la possibilità di avere un pediatra.

Il rinnovamento del modello retributivo dei MMG/PLS costituisce uno dei presupposti indispensabili per una decisa riforma dell'organizzazione delle Cure Primarie e riveste contemporaneamente il ruolo di motore del cambiamento. Nel corso di validità del presente Piano, si intende confermare il mantenimento della quota capitaria, a copertura di quella larga fetta di attività dei MMG/PLS costituita dai momenti di ascolto, di counseling e di supporto diretti al paziente e dall'erogazione di prestazioni routinarie assistenziali di base. La quota capitaria rappresenta l'insopprimibile estrinsecazione contrattuale del rapporto di fiducia tra medico e paziente. Si deve lavorare per agganciare i futuri aumenti retributivi dei MMG/PLS a nuove funzioni effettivamente coperte, a nuovi servizi e prestazioni assistenziali effettivamente resi disponibili al cittadino, nonché ad una migliore valorizzazione delle attività effettivamente svolte, compatibilmente con le future risorse finanziarie.

3.3 La formazione del Medico di medicina generale e del Pediatra di libera scelta

I MMG/PLS sono inseriti in un contesto europeo teso ad agevolare la libera circolazione dei medici e modulato su un'articolazione della formazione in quattro fasi:

- I fase: la formazione di base di medico chirurgo;
- II fase: la formazione specifica in medicina generale;
- III fase: la formazione specialistica per il pediatra di libera scelta;
- IV fase: la formazione continua del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta comprendente l'aggiornamento professionale e la formazione.

La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito di merito utile per svolgere l'attività professionale. Il codice deontologico obbliga il medico all'aggiornamento ed alla formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico e scientifico. Il percorso di formazione continua degli operatori delle cure primarie si inserisce nel contesto generale dei processi di ECM previsti a livello regionale e nazionale.

Si riafferma la necessità di una stretta collaborazione con i diversi Ordini ed in particolar modo con le Federazioni Regionali degli Ordini, per programmare ed organizzare i programmi regionali per la formazione continua, sentite le organizzazioni maggiormente rappresentative a livello regionale, concorrendo non solo alla individuazione degli obiettivi di interesse nazionale, ma anche elaborando gli obiettivi di specifico interesse regionale. Per il raggiungimento di tali obiettivi, è fondamentale l'accreditamento di provider di formazione di rilievo regionale, sulla base di pacchetti annuali di proposte formative.

3.3.1 La continuità assistenziale

Nel triennio 2007-2009 la continuità assistenziale verrà monitorata con estrema attenzione al fine di definirne il riordino nel rispetto delle norme vigenti, per ottenere un migliore rapporto tra gli investimenti effettuati e il servizio reso. In particolare, il servizio andrà potenziato e sarà necessario incentivare i medici operatori (in servizio e che svolgono la reperibilità). In collaborazione con gli Ordini professionali e le OO.SS. della Medicina Generale sarà necessario predisporre una formazione professionale specifica dedicata alla continuità assistenziale. Verranno inoltre promossi, dalle ASL e dalla Regione, momenti di confronto e raccordo fra MMG, PLS e medici di continuità assistenziale. Nel periodo di vigenza del Piano, anche alla luce delle proposte per la costituzione dell'Azienda regionale per l'emergenza urgenza, si provvederà a istituire un unico numero telefonico di riferimento per la continuità assistenziale e per il sistema di emergenza urgenza, previa consultazione con le OO.SS. mediche rappresentative di categoria.

3.4 Associazionismo evoluto e integrato in medicina generale

A partire dal febbraio 2005, la Regione Lombardia ha deliberato una sperimentazione dei Gruppi di Cure Primarie di Medicina Generale come unità elementare di offerta integrata di competenze mediche, infermieristiche e specialistiche di primo livello. Il Gruppo di Cure Primarie (GCP), imperniato sui MMG, ma aperto alla collaborazione con le altre professioni, dovrà sperimentare la presa in carico delle problematiche di salute della popolazione che fa riferimento ai singoli MMG. Oltre alle attuali funzioni di diagnosi, terapia ed assistenza, le problematiche affrontate potranno comprendere anche l'espletamento delle funzioni di prevenzione, l'attivazione e la gestione di protocolli di cura integrati per le patologie croniche, il coordinamento ed il management del GCP, con incentivazione in base alla variabilità di risultato per il raggiungimento di obiettivi concordati. La sperimentazione dei Gruppi di Cure Primarie dovrà comunque garantire l'attuale dislocazione degli ambulatori dei singoli MMG sul territorio e salvaguardare la continuità del rapporto medico-paziente. Nel prossimo triennio, sarà conseguentemente proseguita ed implementata l'attività di sperimentazione avviata nel 2005, al fine di valutare, sulla base dei risultati raggiunti, l'opportunità di promuovere una graduale e progressiva estensione delle esperienze dei GCP a tutte le aree regionali. Tali sperimentazioni andranno monitorate mediante un sistema di indicatori di output e outcome.

3.5 Ospedale: il mantenimento dell'alto livello qualitativo delle attività per acuti

Nel settore dell'assistenza ospedaliera agli acuti, l'obiettivo da perseguire è quello della promozione dell'appropriatezza dei ricoveri a seconda del tipo di patologia emergente e per il tempo strettamente necessario. Questo aspetto rappresenta una necessità prioritaria alla luce degli ultimi accordi Stato-Regioni del marzo 2005, che prevedono di raggiungere entro il 31 dicembre del 2007 un tasso complessivo di posti letto per 1000 abitanti pari al 4,5, comprensivo della riabilitazione e della lungodegenza.

Nella medicina moderna, date le modalità di finanziamento dei ricoveri, l'attenzione del programmatore deve inoltre spostarsi dal posto letto alla qualità ed alla appropriatezza delle attività svolte in regime di degenza. L'obiettivo dei prossimi anni sarà quello della valutazione dell'appropriatezza specifica delle attività e dei risultati a medio-lungo termine; tale obiettivo può essere perseguito solo mediante un coinvolgimento corresponsabile del mondo professionale sanitario, che in questo ambito diviene l'interlocutore principale ed indispensabile. Diventano prioritari i raccordi di tipo clinico-organizzativo tra le strutture che erogano attività per acuti e quelle che erogano prestazioni riabilitative; queste ultime, infatti, con il tempo, potranno svolgere in modo appropriato una parte di tutte quelle attività che oggi sono garantite al paziente in regime di acuzie.

3.6 Il riordino/innovazione della rete poliambulatoriale

Uno degli obiettivi programmatici per il prossimo triennio è il riordino della rete poliambulatoriale, al fine di garantire che il livello di copertura sul territorio sia il più possibile omogeneo e proporzionato ad una valutazione epidemiologica del reale fabbisogno di indagine diagnostica. La rete delle strutture ambulatoriali si è sviluppata in questi anni secondo dinamiche molto simili a quelle seguite dalle attività di ricovero, per cui i cittadini lombardi hanno oggi a disposizione un'offerta di servizi ambulatoriali di elevato livello quali-quantitativo, ivi comprese le tecnologie diagnostiche più avanzate come le TAC e le risonanze magnetiche di ultima generazione, la PET e le ultime tecnologie di radioterapia e radiochirurgia stereotassica.

La collaudata attività di monitoraggio sui tempi di attesa è diventata un importante strumento di programmazione che potrà e dovrà individuare delle modalità di erogazione delle attività di specialistica ambulatoriale più accessibili in termini di modalità di prenotazione e di conseguente fruizione nelle diverse fasce orarie giornaliere. Questo processo porterà ad una maggiore distribuzione extraospedaliera non solo delle attività di tipo medio-basso (visite specialistiche ad attività di radiodiagnostica medio-bassa, oggi trasformatesi in strumenti di base pressoché assimilabili al fonendoscopio ed allo sfigmomanometro), ma anche di quelle caratterizzate dall'utilizzo di tecnologie costose, da utilizzarsi in un contesto protetto extraospedaliero nella massima tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Anche nell'ambito della specialistica ambulatoriale, pertanto, lo sviluppo del servizio è legato non tanto ad un ampliamento quantitativo quanto piuttosto all'adozione di strumenti di governo clinico che permettano di conseguire un migliore utilizzo dell'offerta attraverso il miglioramento dell'accessibilità dei servizi e la loro massima fruibilità nel corso della settimana e della giornata. Date queste premesse, diventa prioritario il ruolo dei tre livelli, regionale, dell'ASL e del mondo professionale ai fini dello sviluppo di criteri di corretta indicazione ed erogazione delle prestazioni e della definizione locale di protocolli diagnostico-terapeutici che siano esplicitati nei contratti stipulati tra ASL ed erogatori.

A seconda che si tratti di primo ingresso alla rete dei servizi o accesso per follow up in caso di patologie croniche, l'adozione di protocolli condivisi e basati su evidenze scientifiche (che possono discendere dalla comunità scientifica afferente al network specifico di patologia o possono essere concordati con l'ASL a livello provinciale dagli erogatori afferenti a detto territorio), rappresenta uno strumento principe per la gestione delle risorse e per il controllo sul loro impiego.

3.7 La rete dell'emergenza-urgenza – L'Azienda Regionale Lombarda

Nella tabella 19 si forniscono alcuni elementi di confronto sul tasso di ricorso al pronto soccorso e sulla percentuale di strutture che hanno attivo al loro interno un dipartimento di emergenza urgenza. Il tasso di ricorso al pronto soccorso, che in Lombardia è inferiore sia a quello nazionale che a quello delle regioni più vicine geograficamente, denota una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle strutture di PS; parimenti interessante è il fatto che un'alta percentuale di strutture si sia dotata, al proprio interno, di un dipartimento di emergenza urgenza che rappresenta lo strumento organizzativo e gestionale che permette di integrare a livello intra-aziendale le risorse che sono destinate a fronteggiare l'emergenza-urgenza

Il cittadino, con un bisogno urgente di assistenza, ha necessità

di un riferimento unico, dal quale possa avere le risposte appropriate. È quindi opportuno predisporre sistemi di attivazione comuni e coordinati.

In questo senso si prevede che la centrale operativa del 118, attraverso un «NUMERO VERDE UNICO», si assuma il ruolo di collettore di tutte le richieste del territorio. Alla centrale operativa, già in possesso delle competenze per l'individuazione dei livelli di urgenza, spetta il compito di valutare la pertinenza della richiesta e conseguentemente stabilire le modalità operative per la risposta più appropriata. La probabilità di successo è legata alla definizione di percorsi, nella differenza di ruoli, con il servizio di continuità assistenziale, con gli erogatori di cure domiciliari e con i medici di medicina generale/PLS. Nella definizione dei predetti percorsi particolare attenzione dovrà essere posta allo scambio informativo anche utilizzando la rete SISS.

In coerenza con le linee programmatorie del Piano socio-sanitario regionale 2002-2004, l'attività di governo regionale si è inoltre incentrata sulla ridefinizione e riqualificazione dei tre livelli di operatività ospedaliera correlati alla crescente complessità clinico-organizzativa (come dettati dalla d.c.r. 932/1998), assicurando nel complesso la continuità e l'equilibrio delle risposte sanitarie alle esigenze del territorio e al modello di integrazione in rete delle risorse strutturali.

Il graduale superamento dei punti di primo intervento mediante l'implementazione del 118 e della possibilità di autopresentazione dei cittadini alle strutture ospedaliere durante le fasce orarie diurne ha dato ottimi risultati.

3.7.1 Pronto soccorso/DEA/EAS

L'emergenza urgenza, come organizzatore clinico dei processi di cura con percorsi dedicati e prioritari garantiti, necessita di una ridefinizione dei profili organizzativi e dei criteri di accreditamento delle aree dedicate all'interno dell'organizzazione ospedaliera di emergenza-urgenza.

La riqualificazione delle strutture deve essere analizzata in una prospettiva di integrazione funzionale e operativa in ambito aziendale e interaziendale. Le azioni di sviluppo prevedibili hanno come finalità l'ulteriore definizione del sistema dell'emergenza urgenza, nel tentativo di implementare un sistema di azioni organizzate in stretta continuità assistenziale tra territorio e strutture ospedaliere.

È evidente che l'esigenza di promuovere una maggiore appropriatezza del sistema di emergenza–urgenza sollecita la realizzazione dei seguenti indirizzi programmatici:

- l'implementazione del sistema di triage infermieristico nei Pronto Soccorso/DEA/EAS;
- l'allestimento di percorsi alternativi al Pronto Soccorso/DEA/EAS:
  - favorendo l'accesso diretto (con richiesta motivata del medico di MG e almeno per la specialistica caratterizzata da criticità) alle strutture ambulatoriali anche specialistiche dell'Ospedale, adeguatamente potenziate con l'eventuale partecipazione di specialisti esterni convenzionati;
  - favorendo lo sviluppo organizzativo della medicina generale e l'integrazione di questa ultima con la continuità assistenziale che garantisca una risposta sanitaria per problematiche non di emergenza-urgenza, possibilmente 24 ore su 24. Particolare attenzione dovrà essere posta agli aspetti di scambio informativo. Alle predette strutture della medicina generale, così integrate con la continuità assistenziale, dovrà essere garantito, attraverso percorsi facilitati, l'utilizzo di consulenze specialistiche/diagnostica strumentale di base;
- l'adeguamento di organico del personale medico ed infermieristico dell'Emergenza-Urgenza all'esigenza di portare assistenza ad un numero sempre maggiore di pazienti con patologie complesse secondo standard qualitativi elevati, ottenibili solo con programmi di formazione specifica sia per gli infermieri che per i medici. A tal fine è necessaria l'istituzione di Master finalizzati;
- il potenziamento delle funzioni di coordinamento delle attività di assistenza domiciliare ed ospedalizzazione domiciliare, per venire incontro alle esigenze degli anziani affetti da pluripatologie e patologie croniche favorendo il ritorno e la permanenza a domicilio;
- il completamento nel territorio regionale del processo di informatizzazione delle strutture di Pronto Soccorso e di tutte le U.O. che fanno parte dei DEA/EAS, al fine di ottenere la razionalizzazione del processo informativo-organizzativo riguardante la rete di emergenza tra il territorio e gli ospedali, nonché di conseguire una più adeguata informazione epidemiologica sui dati riguardanti l'emergenza-urgenza.

3.7.2 Filtro e ricoveri

La stretta correlazione tra la risposta all'emergenza-urgenza e il sistema assistenziale impone, in un'ottica di valutazione dell'appropriatezza dei processi e di coerente applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici, l'identificazione di aree organizzative specifiche per le necessità di filtro ai ricoveri dal Pronto Soccorso **(6)**. Lo strumento ritenuto necessario al fine di ridurre ricoveri e dimissioni improprie è l'Osservazione Breve (O.B.), da intendersi quale modalità di osservazione e non quale livello inferiore di intensità di cure, che deve essere comunque considerata voce di costo aziendale.

È altresì importante l'istituzione di O.B. Pediatriche per le quali deve essere verificata la possibilità di fornire l'accesso ovvero il confronto con i Pediatri di libera scelta del territorio anche in funzione di attuazione di dimissioni protette. Per un approfondimento su questo tipo di struttura, si rinvia al capitolo *Urgenza-emergenza pediatrica*.

Al fine di favorire la rotazione rapida dei letti dedicati all'osservazione breve o alle degenze non superiori di norma alle 72 ore, occorre inoltre perfezionare percorsi mirati verso le dimissioni protette, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e delle attività di continuità assistenziale territoriale.

3.7.3 Reti per patologie ad alta complessità

Per patologie ad alta complessità si intendono quelle gravi patologie i cui esiti, in termini di mortalità e disabilità, dipendono fortemente dal fattore tempo (Golden Hour) e dalla integrazione in rete di tutti i professionisti che intervengono nel percorso del paziente. L'integrazione in rete sottintende un'organizzazione tra le strutture che erogano diversi livelli di assistenza e richiede l'esistenza di tecnologie che permettano uno scambio di informazioni ed immagini tra i professionisti delle varie strutture, di un sistema di trasporti di emergenza efficiente, di linee guida condivise nonché di percorsi di formazione specifica per i professionisti; tale rete è configurata in alcuni territori dal modello organizzativo dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza Provinciali, comprensivi della centrale 118, dei Punti di Primo Intervento, dei Pronto Soccorso e dei DEA.

3.7.4 La rete del trasporto sanitario di soccorso

Al fine di aumentare il numero di medici esperti in emergenza urgenza **(7)** in grado di svolgere un adeguato servizio di Pronto Soccorso su mezzi mobili, la Regione Lombardia attiverà un corso regionale-master sull'emergenza urgenza in collaborazione con le associazioni degli specialisti in anestesia e rianimazione. Gli stessi specialisti in anestesia e rianimazione ricopriranno il ruolo di coordinatori dei servizi di emergenza-urgenza, avvalendosi sulle auto medicalizzate degli operatori medici che avranno partecipato con esito positivo al master regionale. Va altresì affrontata con determinazione la problematica della formazione specialistica di tutti gli operatori dell'EE.UU. e delle strutture di PS, DEA e EAS, che devono fronteggiare in tempo reale casi complicati di persone sconosciute. L'obiettivo è aumentare il grado di professionalità e conseguentemente la qualità delle prestazioni.

---

(6) È frequente l'accesso al Pronto Soccorso di pazienti con quadri clinici indefiniti, che non consentono l'immediato invio a domicilio, necessitando di una chiarificazione diagnostica nelle ore o giorni successivi. L'avvio di tali pazienti ad un ricovero ospedaliero ordinario, senza un congruo periodo di osservazione, può incrementare significativamente la quota di ricoveri inappropriati, non necessari o in sede non adeguata, con frequente dilatazione dei tempi alla diagnosi definitiva ed alla corretta terapia e comunque con occupazione impropria di letti di degenza. La quota di questi pazienti è quantificabile nel 5-10% di coloro che accedono al Pronto Soccorso.

(7) Oggi sono in attività tre tipologie di mezzi di soccorso su ruote, regolati dalla d.g.r. 6/37434 del 17 luglio 1998 e dalla d.g.r. 12753 del 16 aprile 2003 (attualmente in fase di revisione) limitatamente agli aspetti autorizzativi.

L'esperienza maturata in questi anni dagli operatori indica la necessità di uno sviluppo dei mezzi di soccorso di base, con particolare riguardo alle auto medicalizzate, la cui implementazione rappresenta una vera e propria priorità del trasporto sanitario di soccorso. In questa prospettiva, si ritiene che l'impiego delle auto con equipaggio formato da soccorritori certificati ed infermieri professionali debba essere inteso quale livello intermedio di gestione di pazienti nelle aree e nelle situazioni in cui la risorsa medica non sia immediatamente disponibile.

Per quanto riguarda l'elisoccorso, è opportuno prevedere una revisione delle linee guida regionali per lo svolgimento del servizio di soccorso sanitario con l'elicottero (d.g.r. n. 7/6348 del 5 gennaio 2001), al fine di perfezionare l'utilizzo appropriato ed efficace di questo mezzo di soccorso anche per quanto attiene al volo notturno.

Appare essenziale ribadire il ruolo fondamentale attribuito dalla Regione Lombardia alle organizzazioni di volontariato per il funzionamento del sistema dell'emergenza urgenza **(8)**.

Circa l'80% dei trasporti sanitari di emergenza-urgenza viene effettuato in collaborazione con dette organizzazioni. Le organizzazioni di volontariato vivono un momento di trasformazione che impone una particolare attenzione da parte del sistema sanitario. In particolare, si rende necessario perfezionare la collaborazione tra la Regione e le associazioni di volontariato per la promozione ed implementazione di programmi di formazione ed aggiornamento dei volontari impiegati nei trasporti di emergenza-urgenza, nel comune intento di garantire la qualità ed affidabilità del servizio.

3.7.5 Emergenza per eventi straordinari di bioterrorismo

Si rende necessario sviluppare una rete territoriale di strutture che, attraverso la predisposizione, la condivisione e la sperimentazione di appositi protocolli, sappia garantire il tempestivo coordinamento degli interventi e delle attività in caso di emergenza anche attraverso il completamento della strutturazione della rete di comunicazione per l'emergenza urgenza.

3.7.6 L'emergenza urgenza come sistema regionale. Il nuovo soggetto gestionale

L'approccio metodologico che ha tracciato le linee programmatorie dei paragrafi precedenti è di tipo sistemico ed ha scomposto l'emergenza-urgenza in sottosistemi, evidenziando la necessità di direttive di piano finalizzate alla soluzione dei singoli sottosistemi; in questo paragrafo, si propone una ricomposizione finale integrata in grado di assicurare la gestione innovativa dei processi.

Le indicazioni delle d.g.r. 7/16484 del 23 febbraio 2004 e 8/504 del 4 agosto 2005 già tracciano la prospettiva di un coordinamento di sistema e di uno stretto collegamento tra esigenze territoriali e visione regionale **(9)**. Conseguentemente, si può ormai ritenere superata l'organizzazione della rete di emergenza territoriale legata ad una struttura ospedaliera al fine di approntare modalità organizzative che assicurino l'azione pre-ospedaliera e l'integrazione con le strutture ospedaliere attraverso percorsi garantiti, autonomi, dedicati e privilegiati e la gestione dell'emergenza urgenza in una prospettiva integrata di sistema in coerenza con le indicazioni programmatorie di piano. A questo fine si prevede la costituzione dell'Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza, cioè di una struttura tecnico-organizzativa, con articolazioni territoriali con il compito di:

- programmazione generale delle attività territoriali di emergenza urgenza, basata su:
  - a) obiettivi strategici individuati dalla Giunta regionale su proposta dell'Assessore alla Sanità;
  - b) analisi dei flussi informativi di attività delle Centrali Operative, degli Erogatori delle prestazioni, delle Aziende Sanitarie Locali;
  - c) analisi territoriale con il contributo delle ASL, degli enti locali, dei soggetti erogatori, del Volontariato;
- definizione – per la stipula di contratti, accordi e capitolati – dei requisiti tecnici, organizzativi e professionali per i soggetti erogatori di prestazioni **(10)**, nonché delle modalità di controllo del mantenimento dei requisiti e delle prestazioni erogate;
- programmazione della formazione degli operatori professionali e volontari;
- gestione delle reti radiotelefoniche ed informatiche dedicate all'emergenza;
- gestione di acquisizioni centralizzate di beni e servizi **(11)**;
- attuazione di piani regionali per emergenze di massa, interventi di soccorso internazionale, rischi di particolare rilevanza (tabella 20).

3.8 La Rete delle Strutture Riabilitative

Il sistema sanitario della Regione Lombardia sta affrontando, da un lato, il percorso di riclassificazione delle strutture riabilitative attualmente operanti e, dall'altro lato, la messa a contratto di nuovi 900 posti letto che saranno progressivamente attivati nelle specialità ove maggiore è la domanda in ambito riabilitativo.

Il riordino della rete riabilitativa, approvato dalla Giunta regionale nel dicembre 2004 ed oggi in fase attuativa, prevede la differenziazione delle strutture su tre differenti livelli di erogazione dei servizi **(12)**.

La riabilitazione di mantenimento, in particolare, rappresenta un livello di assistenza di recente introduzione che deve essere ulteriormente promosso ed implementato nei prossimi anni, perché consentirà, nel lungo periodo, di conseguire significativi vantaggi in termini di prevenzione terziaria. Tale riabilitazione offre ai pazienti più fragili – ed indirettamente alle loro famiglie – un nuovo servizio assistenziale a supporto della fase di dimissione, permettendo di consolidare il livello di funzionalità di organo o di apparato raggiunto/ripristinato durante il ricovero in acuzie e di permettere nel frattempo, ai sanitari ed alle famiglie, di individuare le migliori modalità di prosecuzione dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio assistenziale al domicilio o in altra residenza sociosanitaria o socio assistenziale.

Questa differenziazione dei livelli di complessità delle attività riabilitative è stata la condizione che ha consentito di affrontare, in collaborazione con le principali società scientifiche coinvolte, questioni nodali quali i criteri di stesura e di contenuto dei programmi riabilitativi di struttura ed individuali e dei riferimenti di appropriatezza del mix della casistica trattata dalle unità operative.

La prospettiva, per il prossimo triennio, sarà quella di approfondire l'analisi dei reali bisogni in ambito riabilitativo, con particolare attenzione alla definizione della corretta modalità di erogazione delle cure in proporzione al livello di deficit funzionale di organo/apparato ed alla possibilità di recupero/ripristino dello stesso. Per gli ambiti di tipo cardiologico e pneumologico, per i quali è sempre più frequente la presa in carico di pazienti che non hanno un chiaro evento indice (inteso come episodio acuto di tipo chirurgico, traumatico o vascolare che sia), ma che presentano delle riacutizzazioni della patologia cronica da cui sono affetti, dovranno essere chiarite le sinergie e le reali alternative di tipo terapeutico e preventivo (si parla in questo caso di prevenzione terziaria) rispetto alle cure erogate in regime di acuzie.

Nel triennio scorso, l'obiettivo è stato quello di superare la distinzione, all'interno della rete delle strutture riabilitative, tra

---

(8) Si ricorda che circa l'80% dei trasporti sanitari di emergenza-urgenza viene effettuato in collaborazione con dette organizzazioni. Le organizzazioni di volontariato vivono un momento di trasformazione che impone una particolare attenzione da parte del sistema sanitario. In particolare, si rende necessario perfezionare la collaborazione tra la Regione e le associazioni di volontariato per la promozione ed implementazione di programmi di formazione ed aggiornamento dei volontari impiegati nei trasporti di emergenza-urgenza, nel comune intento di garantire la qualità ed affidabilità del servizio.

(9) L'obiettivo di una stretta integrazione tra territorio ed ospedale deve essere perseguito anche attraverso una maggiore attenzione ai collegamenti tra processi di intervento extraospedalieri, trasferimento delle informazioni e delle immagini, trasporto alle strutture più adeguate e disponibili e facilitazione dei percorsi intraospedalieri in modo da ottimizzare i tempi door-to-baloon. In questo senso, il sottoprogetto 1 «Il sistema milanese dell'emergenza urgenza» (Progetto ex art. 71 della legge 448/98), in avanzata fase di attuazione, può rappresentare nelle sue linee operative il modello di riferimento per tutta la Regione. In questi anni, infatti, l'azione del governo regionale si è incentrata sul miglioramento del sistema informativo utilizzato dalle centrali operative di emergenza-urgenza (adozione del Manuale per l'utilizzo del sistema informatico), della codifica delle azioni di soccorso (scheda paziente), del collegamento nella evidenziazione delle SDO di un campo specifico per il trasporto in urgenza. L'esigenza, al fine di limitare le soluzioni di continuità nel percorso del paziente, è quella di integrare in coerenza con il SISS-CRS i dati informativi del processo del sistema dell'emergenza urgenza nei livelli di risposta territoriale ed ospedaliera, anche attraverso l'adozione di un flusso informativo specifico.

(10) Prestazioni relative sia alla gestione operativa dei mezzi (centrale operativa), sia allo svolgimento degli interventi di soccorso, con diversi livelli di competenza, rendendo disponibili personale, equipaggiamento e veicoli.

(11) Da realizzare con l'ausilio dell'apparato amministrativo di ASL capofila per espletare le previste procedure di gara.

(12) La cosiddetta riabilitazione specialistica, prevalentemente indirizzata ad interventi post-acuti o comunque di tipo complesso ed intensivo su patologie cronico-degenerative in fase di riacutizzazione; la riabilitazione generale geriatrica di tipo più indifferenziato ed estensivo su pazienti prevalentemente anziani; la riabilitazione di mantenimento, destinata ad assistere i pazienti, per un periodo massimo di 30 giorni, nell'immediata fase post-intensiva.

assistenza ospedaliera ed extraospedaliera, ritenendo tale distinzione non più fondata né sul piano assistenziale né su quello organizzativo. In tale direzione, è stata riordinata la rete complessiva delle attività di riabilitazione attraverso la definizione di requisiti per l'autorizzazione e per l'accreditamento univocamente validi per tutte le strutture operanti sul territorio regionale; pertanto vengono confermati i contenuti programmatori stabiliti con d.g.r. 16 dicembre 2004, n. 7/19883.

Il processo di riordino presenta tuttavia degli aspetti di complessità, per taluni gestori, derivanti dall'intrecciarsi di questo percorso con quelli afferenti alle riforme della residenzialità e semiresidenzialità di lunga assistenza sociosanitaria (RSD, CDD, CSS).

Obiettivo imprescindibile del presente Piano è, conseguentemente, l'integrazione della riabilitazione dei settori sanitario e socio sanitario, soprattutto in riferimento alla riabilitazione geriatrica e di mantenimento, al fine di raggiungere una più omogenea distribuzione sul territorio lombardo di posti letto a carattere riabilitativo.

Sarà necessario creare un modello di percorso integrato e continuo sanitario, sociosanitario e sociale, ove i servizi di riabilitazione si modulano alle differenti condizioni di fragilità dei pazienti con gli obiettivi di:

• monitorare l'implementazione della riabilitazione di mantenimento per il reinserimento e la riabilitazione generale e geriatrica in ciclo diurno continuo;

• governare la complementarità dell'intervento riabilitativo (specialistico, generale e geriatrico, di mantenimento, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare), la sua appropriatezza ed i suoi costi;

• monitorare il sistema di classificazione definito per la riabilitazione nei regimi diurno continuo e ambulatoriale.

Verranno promosse le seguenti azioni:

• autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione delle attività riabilitative riordinate ai sensi della d.g.r. n. 19883/2004;

• definizione dei budget e indicazioni per la contrattazione con le Aziende Sanitarie Locali;

• messa a punto dei flussi informativi per l'assolvimento del debito informativo e per il monitoraggio delle attività di riabilitazione.

3.9 L'assistenza e cura post/acuta e cronica a domicilio

La prevenzione terziaria ed alcune modalità riabilitative dovranno prevedere la promozione di modalità innovative della gestione della cronicità che possano proporre dei percorsi diagnostico-terapeutici veramente alternativi rispetto a quelli attualmente erogati prevalentemente in regime ospedaliero ed in acuzie. Ci si riferisce qui alla cura ed alla assistenza delle principali patologie cronico-degenerative, che impegnano più del 60% delle risorse destinate alla sanità e che rientrano tra gli obiettivi potenziali delle attività di riabilitazione e di lungoassistenza territoriale e domiciliare (intese come interventi finalizzati ad agire sul decorso della cronicità, con la finalità di recuperare la funzione o rallentarne il più possibile l'evoluzione verso livelli maggiori di disabilità e di ridurre la quantità e l'intensità delle fasi di riacutizzazione).

Anche in questo ambito, come già evidenziato per le terapie proprie dell'acuzie e per l'area della psichiatria e della neuropsichiatria, sarà necessario proseguire il lavoro già iniziato di individuazione delle corrette modalità di erogazione dei servizi, definendo in collaborazione con il mondo professionale la corretta relazione tra livello di disabilità e/o deficit funzionale di organo od apparato e modalità di presa in carico del paziente in uno dei tre livelli di cura sopra ricordati. Quando necessario, per supportare l'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici, verranno individuate modalità innovative di finanziamento delle prestazioni, con particolare attenzione alla modalità ambulatoriale di erogazione dei servizi.

3.10 I processi di riforma: le strategie, gli obiettivi e le azioni per il prossimo triennio

Il modello di welfare e di governance che si sta attuando richiede il passaggio a sistemi integrati, in grado di produrre beni e servizi adeguati a rispondere ai bisogni all'interno di processi di riproduzione sociale, dando vita a filiere «sussidiarie» di produzione delle risposte: in altri termini, processi di produzione in grado sia di offrire beni e servizi efficaci, sia di rafforzare e moltiplicare i legami sociali.

In quest'ottica si collocano gli obiettivi definiti per ogni area di intervento che prevedono azioni rivolte alla qualificazione della rete dei servizi, sia sotto l'aspetto organizzativo e gestionale sia sotto il profilo strutturale. Si tratta, infatti, di proseguire per un verso nell'azione di rafforzamento della rete di unità d'offerta alternative alla residenzialità permanente e per un altro nell'azione di incentivazione e di miglioramento della qualità del patrimonio edilizio, tecnico e professionale esistente.

Impegni trasversali a tutte le aree, rimangono, per il prossimo triennio: sostegno alla famiglia, qualità dei servizi, integrazione tra tutti gli attori del sistema e libertà di scelta del cittadino.

3.11 La famiglia tra fragilità e risorse

In materia di welfare sociosanitario e sociale il tema più rilevante, accanto a quello della sostenibilità finanziaria, è quello delle relazioni, delle «appartenenze». È in questa chiave che resta attuale la scelta di un welfare centrato sulla famiglia promossa dalla Regione Lombardia in questi anni.

Se si vuole applicare in modo ancora più completo il principio di sussidiarietà, occorre ridisegnare il sistema di welfare ridefinendolo sulle necessità emergenti delle famiglie, assumendo il benessere di queste come uno scopo strategico al pari del sostegno dell'occupazione e della competitività generale del sistema.

In tale chiave diventa prioritario intervenire:

• sulla leva della fiscalità locale (ICI, Tassa Rifiuti Solidi Urbani) per sostenere la famiglia in quanto soggetto centrale del sistema di welfare. Ciò dovrebbe avvenire attraverso la promozione del nucleo familiare, la definizione di un quadro più ampio di interventi a sostegno della maternità e di una più organica e socialmente sostenibile politica di deduzioni e detrazioni fiscali progressive correlate al numero di figli;

• sulla valorizzazione dei consultori familiari, quali servizi di base molto orientati alla prevenzione, informazione ed educazione alla salute, potenziandone la funzione di riferimento per la famiglia lungo il suo ciclo di vita e la capacità d'accoglienza, d'analisi e di risposta integrata (sociale, socio-sanitaria e sanitaria) alla generalità delle aspettative familiari. Andranno altresì potenziate le azioni rivolte allo sviluppo ed alla riqualificazione delle attività rivolte alle famiglie e ai minori, in particolare l'educazione sessuale e l'educazione all'affettività, la preparazione dei giovani al loro ruolo di futuri coniugi e genitori ed il sostegno alla genitorialità. La proposta preventiva dovrà essere estesa al target costituito dagli extracomunitari, anche al fine di attuare iniziative volte a sostenere le responsabilità familiari e contrastare pratiche legate ad usi e costumi del Paese d'origine che siano lesive della integrità e della salute della persona, promuovendo campagne informative e avvalendosi di strumenti di mediazione culturale. Saranno potenziate le attività d'accompagnamento alle coppie e famiglie disponibili all'adozione e all'affidamento;

• sul sistema dell'offerta dei servizi che, in considerazione dell'incidenza crescente di persone non autosufficienti, dovrà necessariamente rinforzarsi, anche tenendo conto che la difficile distinzione tra cura e assistenza, a volte impossibile nelle situazioni di fragilità estrema, rischia di richiedere un crescente impegno di risorse, non solo economiche, alla famiglia, «scaricando» su di essa gli oneri del mutamento demografico. Pertanto il sistema dei servizi dovrà essere sostenuto, non soltanto sul versante della residenzialità, ma anche su quello delle cure domiciliari e della semiresidenzialità, che rappresentano il modo per sostenere i compiti di assistenza delle famiglie razionalizzando e diversificando gli investimenti pubblici. Continuerà ad essere potenziata l'assistenza domiciliare, anche attraverso sistemi di voucherizzazione sociale e sociosanitaria;

• sul tema della non autosufficienza: Regione Lombardia, nell'ambito del Sistema sociosanitario e sociale, a fronte dell'incremento della fragilità nella popolazione lombarda e del conseguente aumento dello stato di bisogno e nell'ottica di ricercare soluzioni adeguate per affrontare in maniera sinergica ed integrata il tema della fragilità, valuterà la previsione di un Fondo per la non Autosufficienza in relazione alle determinazioni del livello nazionale;

• sul sistema dei servizi innovativi realizzati in attuazione della l.r. 23/99, che ha ottenuto importanti risultati generando nuove opportunità per molte famiglie, creando le condizioni per lo sviluppo delle attività sinergiche degli attori non istituzionali (cooperative sociali, associazioni di solidarietà familiare, imprese private) e generando processi di sostegno ed orientamento alla funzione genitoriale. I risultati raggiunti dovranno essere conso-

lidati attraverso iniziative di verifica degli impatti e di integrazione nel consolidato sistema di offerta.

Nell'ambito di una complessiva attenzione alle esigenze d'organizzazione e gestione dei tempi della famiglia ed al ruolo attivo di tutti i suoi componenti, è opportuno dare rilevanza, in un'ottica sussidiaria, al ruolo familiare dei «nonni». Verranno sviluppati interventi mirati ed innovativi d'integrazione sociale e culturale a favore dei cittadini anziani autosufficienti, anche attraverso progetti di promozione del loro ruolo all'interno della famiglia e della vita sociale.

Strategie volte a tutelare la fragilità daranno impulso allo sviluppo, alla messa a regime su tutto il territorio regionale dei servizi di «prossimità», quali ad esempio la telefonia sociale dedicata (ascolto, intervento sociale, fornitura di servizi a domicilio) o il portierato sociale (custode sociosanitario).

Le azioni che saranno attuate possono essere declinate in:

• azioni a sostegno della tensione reddituale attraverso l'introduzione di agevolazioni per famiglie numerose riguardanti la fiscalità, il sostegno delle famiglie numerose attraverso la finalizzazione di buoni e voucher sociali e la promozione di «polizze risparmio» dedicate a sostenere le esigenze della crescita per i figli di famiglie numerose;

• azioni a sostegno della maternità e della famiglia con la definizione di un programma per le politiche di conciliazione tra maternità e lavoro ed il consolidamento della rete di servizi innovativi per la prima infanzia (micronidi, nidi famiglia, ecc.) attivata negli scorsi anni e attuazione del programma di interventi strutturali di riqualificazione della rete dei servizi per la prima infanzia;

• azioni a sostegno delle funzioni di cura della famiglia: la sperimentazione e messa a regime di modelli di incontro domanda/offerta tra famiglie e soggetti da impiegare nell'assistenza familiare a persone non autosufficienti, attivazione di reti non profit di servizi in risposta alle esigenze delle famiglie (maternità, disagio adolescenza, abbandono scolastico....) con modalità di accesso facilitato (call center / numero verde).

3.12 Gli anziani

Nel triennio precedente, l'obiettivo è stato quello di completare ed aggiornare la rete delle RSA con particolare riguardo alla equità distributiva ed alla uniformità degli standard di sicurezza e di assistenza. Lo scenario attuale presenta come punto di forza un'offerta di ricovero più omogenea e cospicua (il numero di posti letto è superiore alla somma di tutti i posti letto delle altre Regioni), un adeguamento completo agli standard gestionali, una banca dati di dimensioni uniche, almeno in Italia. Con una media di 7 posti letto ogni 100 abitanti sopra i 75 anni è stato praticamente raggiunto l'obiettivo programmatorio che il PSSR 2002-2004 si poneva.

Il contesto tuttavia ha rivelato anche punti di debolezza:

• scarsa capacità del sistema nell'informazione, nell'orientamento e accompagnamento delle famiglie nel percorso assistenziale;

• ricorso alla istituzionalizzazione permanente anche per una quota di popolazione anziana che presenta un grado di fragilità lieve.

Entrambi i fattori comportano un alto rischio di inappropriato utilizzo del servizio che comporta l'adozione di politiche che supportino la permanenza a domicilio dell'anziano, anche se non autosufficiente, il più a lungo possibile potenziando e diversificandone ulteriormente l'offerta domiciliare in modo che possa essere sostenuta anche l'emancipazione dall'istituzione nei casi di minore fragilità.

Si perseguiranno i seguenti obiettivi:

• sostenere progetti che mirino ad incentivare i rientri temporanei a domicilio implementando un modello di assistenza agli anziani non autosufficienti che consenta l'alternanza di periodi di cura all'interno delle strutture sanitarie e sociali e periodi di cura a domicilio;

• mettere a regime i ricoveri di sollievo;

• prevedere soluzioni alloggiative di comunità, anche attraverso la possibilità di utilizzare all'interno delle strutture comunitarie il voucher socio sanitario e i buoni e voucher sociali dei Comuni;

• sviluppare le potenzialità ancora inespresse degli attuali Centri Diurni Integrati;

• monitorare la implementazione della riabilitazione di mantenimento per il reinserimento e la riabilitazione geriatrica in ciclo diurno continuo;

• governare la complementarità dell'intervento riabilitativo (specialistico, generale e geriatrico, di mantenimento, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare), la sua appropriatezza ed i suoi costi;

• indicare modelli operativo-gestionali che permettano di garantire un quadro di compatibilità tra i bisogni espressi, l'appropriatezza della risposta e le risorse a disposizione, all'insegna di uno sviluppo sostenibile;

• sostenere la programmazione locale per supportare, anche in termini economici, le famiglie che assistono/ospitano anziani non autosufficienti o soli;

• progettare percorsi e processi per favorire la semplificazione del corretto accesso ai servizi e la continuità assistenziale.

Verranno promosse le seguenti azioni:

• sviluppare una politica tariffaria a sostegno di una rete di servizi integrativi alla RSA che sia in grado di raggiungere una massa critica;

• governare l'accesso ai servizi, attraverso lo sviluppo di una funzione di comunicazione e facilitazione della trasparenza nei rapporti fra domanda e offerta.

3.13 I disabili

Il contesto attuale di riferimento ha come grandi punti di forza: una ricca rete, sociale e socio sanitaria, di interventi, servizi e strutture, per le diverse forme di protezione delle persone con disabilità; crescente attenzione e specializzazione nei percorsi di diagnosi e terapia delle diverse forme di disabilità. Il contesto tuttavia presenta punti di debolezza:

• limitata possibilità di soddisfacimento delle domande di presa in carico, da parte delle Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile, dei disabili in età evolutiva, con conseguente disagio delle famiglie nei percorsi di inserimento scolastico e di abilitazione e riabilitazione;

• insufficiente presa in carico da parte dei genitori e delle famiglie nel momento in cui si verifica l'insorgere di una qualunque forma di disabilità nei figli o nei familiari, dalla «prima comunicazione» all'orientamento nel mondo dei servizi e all'informazione sui benefici e sulle opportunità;

• crescente e progressivo invecchiamento della popolazione disabile già assistita e insufficiente promozione di interventi di inclusione sociale che favorisca la diminuzione della popolazione disabile da assistere;

• crescente comparsa di nuove gravi disabilità acquisite in età adulta;

• carente capacità del sistema nell'informazione, nell'orientamento e accompagnamento della famiglia e/o della persona disabile nel percorso di realizzazione del progetto individuale;

• messa a punto di un sistema informativo regionale che produca un'unica banca dati, dinamica e sinergica, sulla disabilità definendone i criteri di classificazione;

• una non completa offerta qualitativa e quantitativa di opportunità residenziali per le persone adulte con disabilità.

Verranno attuate politiche che includano il disabile nella vita sociale, lavorativa, istituzionale, garantiscano il diritto di permanenza nel proprio nucleo familiare e nel proprio contesto sociale e sostengano il percorso di vita autonoma.

Si perseguiranno i seguenti obiettivi:

• favorire l'attivazione di interventi e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità;

• creare un sistema informativo regionale sulle disabilità in grado di fornire dati utili alla programmazione regionale e locale;

• snellire, informatizzare, qualificare ed uniformare criteri e procedure amministrative per l'accertamento dell'invalidità e della disabilità;

• incrementare la qualità della rete dei servizi e degli interventi;

• sostenere la programmazione locale per un supporto sociale, anche in termini economici, delle famiglie che assistono/ospitano disabili non autosufficienti o soli;

• sviluppare iniziative sperimentali per favorire la presa in carico globale della persona disabile nel suo percorso di vita (case management) e per la sua vita autonoma;

• sviluppare progetti abitativo-residenziali per persone che intendono avviare un percorso di autonomia dalla famiglia ricorrendo anche al supporto dell'innovazione tecnologica (domotica) per agevolare la vita autonoma e la riduzione dei costi assistenziali domiciliari.

Verranno promosse le seguenti azioni:

• attivazione di iniziative sperimentali volte a promuovere l'inclusione sociale delle persone disabili;

• in accordo con la D.G. Sanità e con la D.G. Formazione e Lavoro: costruire ed implementare un unico sistema informativo dinamico che riunisca le banche dati oggi esistenti;

• informatizzare il percorso amministrativo per l'accertamento dell'invalidità civile;

• individuare ed applicare uno strumento tecnico per l'accertamento dello stato di grave disabilità;

• sperimentare percorsi specializzati per la presa in carico di gravi disabilità in età evolutiva e fragilità importanti causate da gravi cerebrolesioni acquisite in età adulta o da malattie cronico-degenerative;

• sperimentare forme alloggiative che agevolino la vita autonoma, e sollecitino forme di solidarietà e sussidiarietà.

La crescente attenzione e specializzazione nei percorsi diagnostici e terapeutici per le persone disabili ha prodotto il Progetto DAMA (disabile advanced medical assistance).

3.14 Continuità del percorso assistenziale ospedale territorio per il paziente disabile

Si conferma la necessità che i servizi e gli operatori si attivino per rispondere in maniera coordinata e continuativa alla molteplicità dei bisogni espressi, in un sistema di interrelazioni che costituiscono la rete integrata per le disabilità.

L'esperienza maturata in Regione Lombardia con il Progetto DAMA, promosso a partire dal 2002 presso l'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano, in collaborazione con l'Università di Milano e le Associazioni dei Familiari, ha dimostrato l'efficacia, l'efficienza e la qualità di un modello di assistenza sanitaria dedicato specificatamente al paziente disabile grave che necessita di interventi diagnostico-terapeutici in ambito specialistico.

L'obiettivo di questo PSSR sarà, conseguentemente, quello di sviluppare ulteriori modelli di «accoglienza medica per il disabile grave in ambito ospedaliero» nel territorio lombardo.

L'assistenza sanitaria al paziente disabile necessita, infatti, del coordinamento delle attività multiprofessionali e multidisciplinari, affinché siano prima analizzati tutti gli aspetti della persona in relazione ai bisogni causati dall'evento lesivo e successivamente elaborati programmi individualizzati di riabilitazione, rieducazione e reinserimento sociale, alla cui definizione dovranno partecipare attivamente il paziente con disabilità e la sua famiglia.

L'impegno del Servizio Sanitario Regionale è volto in primo luogo a garantire che l'intervento riabilitativo sia precoce, al fine di ridurre gli esiti invalidanti degli eventi accaduti, nonché di facilitare il recupero di competenze funzionali e/o lo sviluppo di competenze sostitutive, attraverso l'adozione di criteri di appropriatezza, di Evidence Based Medicine e di efficienza. L'introduzione degli strumenti di governo clinico (con particolare riferimento alla valutazione degli outcomes, alla medicina basata sull'evidenza, all'utilizzo di linee guida cliniche e di percorsi assistenziali) deve inoltre essere estesa anche agli interventi territoriali.

3.15 I minori

Le politiche regionali attuate nelle precedenti legislature hanno consentito la realizzazione di un sistema di interventi e servizi per minori molto articolato e diffuso su tutto il territorio regionale. Il principio della sussidiarietà è particolarmente agito in quest'ambito, con particolare riferimento all'apporto dell'associazionismo familiare nella progettualità, anche sperimentale e innovativa, che ha consentito e consente un buon supporto alle famiglie nei loro bisogni di sostegno nel compito educativo e d'assistenza.

Peraltro, sulla popolazione minorile influiscono non solo i mutamenti sociali culturali ed economici più generali, ma anche quelli più specifici dell'età adulta o della famiglia come ad esempio l'incremento costante del tasso di immigrazione, l'aumento del numero di separazioni, le difficoltà di sostentamento per le famiglie monoreddito. Conseguentemente, il territorio lombardo si caratterizza per una particolare presenza di emergenti problemi sul fronte del disagio minorile e più nello specifico di quello adolescenziale e preadolescenziale, che sfocia in forme di disadattamento più o meno conclamato o in disturbi psicologici più o meno gravi.

Verranno attuate strategie che assicurino il diritto del minore a crescere ed essere educato nella famiglia, in sinergia con gli altri ambienti educativi e sociali a lui destinati in armonia con la legge regionale 34/04 e facilitino lo sviluppo armonico della personalità del minore ed il suo inserimento nella realtà sociale, economica ed istituzionale, promuovendo e definendo politiche integrate.

Verranno perseguiti i seguenti obiettivi:

• analizzare, monitorare ed interpretare i fenomeni inerenti alla realtà minorile, al fine di fornire alla Regione idonei strumenti per l'adozione delle scelte strategiche promuovendo politiche regionali intersettoriali sui minori;

• sostenere interventi di prevenzione e di trattamento delle situazioni di disagio e di tutela del minore in caso di maltrattamento, abuso o violazione dei suoi diritti, della sua dignità, integrità e libertà personale;

• accrescere, integrandole, le azioni di prevenzione, abilitazione e riabilitazione delle disabilità in età evolutiva;

• migliorare il sistema dell'offerta di servizi e interventi a favore dei minori, sviluppare e promuovere l'accoglienza familiare.

Verranno promosse le seguenti azioni:

• realizzazione dell'Osservatorio Regionale sui minori attraverso l'attivazione del Comitato di coordinamento interdirezionale, affinché i provvedimenti regionali che incidono sui minori siano frutto di politiche integrate;

• sperimentazione di interventi e servizi volti a promuovere l'inclusione del minore nella realtà sociale economica;

• completamento del riordino delle unità d'offerta e dei servizi per minori;

• potenziamento e riqualificazione delle attività dei Consultori Familiari rivolte alle famiglie e ai minori;

• sviluppo e riqualificazione dell'istituto dell'affidamento familiare attraverso la definizione di specifiche linee guida e protocolli operativi;

• implementazione delle Comunità familiari e sperimentazione di interventi innovativi per incentivare l'accoglienza familiare.

3.16 Povertà, emarginazione, carcere

L'esperienza di povertà si sta diffondendo in Lombardia con effetti non ancora misurabili in quanto la povertà non comprende solo bassi salari e consumi ridotti al minimo, ma anche difficoltà relativa al disagio abitativo, di accesso ad adeguati livelli di reddito, di occupazione, di istruzione, di risorse sanitarie, di beni primari (alimentazione e vestiario), di opportunità di vivere una vita dignitosa. Conoscere e comprendere l'evoluzione e il profilo più generale delle diverse forme di povertà costituisce un elemento fondamentale per capire come si può ridurre e contrastare la povertà e l'emarginazione sociale, in particolare nei confronti dei gruppi più vulnerabili della popolazione che sono, rispetto ai principali indicatori delle forme di povertà relativa e assoluta, i ragazzi poveri tra i 0 e i 18 anni. La promozione e la realizzazione di programmi di inclusione sociale dovrà prevedere l'attuazione di interventi attraverso azioni di reinserimento sociale, abitativo e lavorativo.

Nell'area carcere si evidenzia la stessa necessità di conoscere e comprendere l'evoluzione del fenomeno e la condizione delle persone sottoposte a misure privative della libertà e di individuare programmi di inclusione sociale finalizzati alla promozione e realizzazione di azioni volte al recupero di tali persone sia all'interno degli istituti di pena, sia nell'ambito d'applicazione delle misure alternative al carcere; sostenere l'interazione tra carcere e territorio attraverso azioni promosse dalle istituzioni che con competenze diverse sono impegnate in materia penale. Occorre perciò pensare a modalità di intervento sistemiche per favorire il reinserimento socio-lavorativo della popolazione carceraria. In ultima istanza l'analisi evidenzia la necessità di sviluppare un sistema integrato di interventi finalizzati a contrastare i processi di esclusione sociale, le situazioni di nuove povertà e di abbandono sociale ancorando i progetti nell'ottica del rispetto della dignità umana e del raggiungimento di obiettivi centrati sulla persona. In questo modo la gestione non è più una questione di compensazione di svantaggi ma prevalentemente di prevenzione del rischio mediante l'affermazione di «standard» di normalità.

Verranno perseguiti i seguenti obiettivi:

• dotarsi di uno strumento organico e relazionale per la conoscenza delle caratteristiche del fenomeno delle povertà e dei gruppi emarginati;

• promuovere e sviluppare una rete integrata dei servizi e degli interventi fortemente ancorata alle politiche sociali complessive;

• sviluppare azioni preventive finalizzate alla riduzione degli eventi di rischio di emarginazione sociale;

• promuovere l'autonomia abitativa attraverso sperimentazione di formule alloggiative diversificate, strutture di accoglienza/servizi e agenzie/servizi di intermediazione per l'accesso al mercato delle abitazioni e del lavoro per il sostegno all'integrità della persona e per il reinserimento di categorie protette;

• sostenere lo sviluppo di interventi progettuali a favore delle persone detenute e/o sottoposte a misure restrittive della libertà. In particolare nelle seguenti aree: intervento sul disagio psichico; promozione delle relazioni familiari; interventi sui dimittendi e/o sottoposti a misure alternative, interventi nel settore dell'esecuzione penale extramuraria.

Verranno promosse le seguenti azioni:

• sperimentazioni di modalità di intervento integrative e/o migliorative dell'offerta al fine di garantire una maggiore fruibilità del sistema dei servizi anche attraverso la realizzazione di strategie collaborative tra più attori e processi;

• programmazione e sviluppo di processi di miglioramento dei livelli di funzione/prestazioni e adeguamento e stabilizzazione degli interventi preventivi a livello territoriale anche attraverso misure dirette alla formazione degli operatori di contatto con l'utenza;

• sviluppo di iniziative di reinserimento e reintegrazione sociale di formazione professionale, lavorative per promuovere l'autonomia delle persone;

• ampliamento delle tipologie di offerta abitativa e promozione di una rete integrata di servizi individuali e collettivi;

• ricerca e studio del fenomeno della povertà, delle forme di esclusione sociale e delle emarginazioni in tutte le sue manifestazioni; promozione di interventi penali interni ed esterni agli istituti di pena: formazione e orientamento, informazione e accompagnamento rispetto all'inserimento sociale e lavorativo.

3.17 Immigrazione, rifugiati e richiedenti asilo

A fronte del fenomeno migratorio monitorato dall'Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità, la società lombarda ha mostrato un'elevata capacità di accoglienza. La programmazione promuove la regolarità della stabilità del soggiorno, dell'inserimento sociale e lavorativo, contrastando le forme di esclusione e di sfruttamento delle persone.

Per garantire la coesione sociale e l'integrazione della popolazione immigrata, nel pieno rispetto dei diritti fondamentali della persona umana, è necessario sostenere un sistema integrato di interventi che tenga altresì conto delle esigenze proprie di quanti sfuggono da situazioni di violenze, guerre e persecuzioni (rifugiati, richiedenti asilo nonché persone vittime dei processi di «traffico dei migranti» e di «tratta» a scopo di sfruttamento per l'accattonaggio, il lavoro nero e la prostituzione). Occorre perciò mantenere vigile l'attenzione sul sistema dei servizi attivi e da attivare *ex novo* promuovendo azioni di studio di aspetti ad oggi poco approfonditi anche alla luce dei processi di mutamento in atto, che tendono a configurare in modo nuovo le stesse migrazioni. In tal modo la programmazione regionale promuove altresì interventi volti ad assicurare, da un lato, azioni di integrazione sociale e culturale degli stranieri e, dall'altro, a sostenere iniziative per far fronte al disagio e all'emarginazione. L'Osservatorio regionale, con il sussidio della rete interprovinciale di attività degli Osservatori Provinciali sull'immigrazione, continuerà a monitorare la realtà dell'immigrazione, individuando e interpretando i cambiamenti in modo da rendere funzionale ed efficace l'azione di governance.

Verranno perseguiti i seguenti obiettivi:

• assicurare il sistema di rete attivato dall'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, in raccordo con gli Osservatori Provinciali sull'immigrazione, per una sistematica conoscenza dell'evoluzione del fenomeno migratorio tanto a livello regionale che provinciale, garantendo altresì una diffusione dei dati e degli esiti delle ricerche attraverso iniziative pubbliche (seminari e convegni) e consultazione on line della Banca dati;

• assicurare agli stranieri, ivi compresi rifugiati e richiedenti asilo, presenti sul territorio regionale condizioni di vita più decorose, creando i presupposti che permettono la stabilità della permanenza legale dei cittadini stranieri. In questa prospettiva sarà possibile il mantenimento della coesione sociale quale elemento prioritario per garantire sostenibili condizioni di vita e sicurezza per tutti;

• migliorare il grado di efficacia dei programmi di intervento di accoglienza e di stabilizzazione sostenendo tutte le fasi del processo di inclusione nel rispetto delle diversità;

• promuovere sperimentazioni su aree tematiche non ancora sufficientemente affrontate in termini progettuali, che richiedono concertazioni e partnership tra soggetti pubblici e privati;

• garantire lo sviluppo di un sistema integrato di interventi finalizzati a promuovere la coesione sociale nell'ottica del rispetto della dignità umana e del raggiungimento di obiettivi centrati sulla persona;

• prevenire e contrastare il fenomeno delle mutilazioni sessuali;

• implementare una rete di sicurezza finalizzata alla definizione di azioni concrete di intervento a favore delle vittime di tratta e di sfruttamento.

Verranno promosse le seguenti azioni:

• sperimentazione di forme di collaborazione tra scuola, consultori e PLS per evidenziare e prevenire problematiche legate alla condizione psico-fisica dei minori;

• monitoraggio dell'evoluzione del fenomeno dell'immigrazione;

• ampliamento delle tipologie di offerta e promozione di una rete integrata di servizi individuali e collettivi;

• sperimentazione per la diffusione della conoscenza della lingua e della cultura italiana tra gli stranieri nel pieno rispetto della lingua e della cultura di origine;

• qualificazione dei servizi alla persona in termini interculturali e promozione per lo sviluppo di un supporto di mediazione culturale;

• contrasto e prevenzione del fenomeno delle mutilazioni sessuali presso le ASL e le AO ed in particolare i consultori pubblici e privati, attraverso attività di informazione e di ascolto per le donne straniere ed il potenziamento della figura della mediatrice culturale e di professionalità preparate ad un approccio multiculturale e interdisciplinare;

• sperimentazione di sportelli informativi e di orientamento sociale e culturale per la semplificazione delle pratiche amministrative.

3.18 Emigrazione e frontalierato

La Regione tutela il principio di equità anche per i cittadini lombardi che vivono al di fuori del territorio nazionale, promuovendo forme di partecipazione, di solidarietà e di difesa dei lavoratori emigranti e delle loro famiglie, attraverso interventi ed iniziative culturali volte a salvaguardare e rafforzare l'identità originaria, nonché tutelare gli interessi economici dei rimpatriati e favorirne il reinserimento sociale.

A tal fine appare indispensabile predisporre nuove linee guida in materia di emigrazione lombarda che meglio consentano di raggiungerne gli obiettivi prioritari:

• soddisfare il bisogno degli emigranti lombardi di mantenere i rapporti con la società di origine;

• avvicinare le nuove generazioni nate fuori dall'Italia alla propria cultura;

• cooperare con i paesi che ospitano i nostri corregionali per ridurre il distacco dalla cultura di origine;

• promuovere e valorizzare l'associazionismo dei migranti;

• potenziare le forme di comunicazioni tra emigranti e strutture pubbliche e/o reti associative, anche attraverso una rete di supporto informatizzato.

Con l. 386/75 sono state definite le modalità di esecuzione dell'accordo tra Italia e Svizzera relativamente alla compensazione finanziaria dell'imposizione dei lavoratori frontalieri. L'accordo ha come obiettivo primario quello di agevolare i lavoratori frontalieri nel raggiungere la sede lavorativa, nonché di migliorarne la qualità della vita e favorire l'integrazione delle aree appartenenti al frontalierato. Le attività previste dal Trattato sono per il 90% di carattere infrastrutturali: opere pubbliche di viabilità, di

trasporto e edilizia abitativa, e solo il 10% sono servizi effettivamente resi e fruiti dai beneficiari.

Diventa quindi prioritario garantire una maggiore organicità alle attività previste, sostenendo maggiormente tutte quelle di carattere assistenziale, in particolare le attività progettuali che si prefiggono interventi di carattere socioassistenziale e sociosanitari, educativi, formativi e culturali sinora poco sviluppate.

3.19 Le dipendenze

A fronte di una evoluzione molto rapida del fenomeno, il sistema di intervento ha offerto risposte complementari ed integrate, grazie anche ad alcune sperimentazioni regionali specifiche, ma non sempre sufficienti. L'evoluzione della rete di intervento prevede una maggiore connessione tra i «nodi», non solo dell'ambito socio-sanitario, e la disponibilità di strumenti più adatti alla nuova realtà. In particolare l'istituzione di un Osservatorio Regionale e la predisposizione di adeguate campagne di informazione e prevenzione che utilizzino linguaggi adatti ai target di riferimento. Una attenzione andrà rivolta anche all'abuso di alcol al fine di alzare l'attenzione rispetto ad un fenomeno misconosciuto o, quantomeno, normalizzato.

È quindi necessario prevedere modalità di intervento differenziate a seconda delle diverse situazioni e delle diverse tipologie di utenza. Si possono anche ipotizzare, in via sperimentale, percorsi di cura e di recupero «intermedi» o, ancor meglio, integrati tra attività ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali, in particolare per quella utenza le cui caratteristiche (abuso in atto compatibile con una integrazione sociale e lavorativa, uso di psicostimolanti, scarsa percezione di malattia) necessitano di un approccio differenziato rispetto ad altra utenza tossicodipendente.

Verranno attuate le seguenti strategie:

- contrastare tutte le forme di dipendenza, sia da sostanze illegali che legali, ponendo una particolare attenzione ai soggetti giovani e fragili;
- prevenire i fenomeni di abuso, sia di sostanze che di tipo comportamentale;
- offrire sostegno alle famiglie in senso preventivo ed educativo.

Verranno perseguiti i seguenti obiettivi:

- stabilizzare, rafforzare il sistema di intervento ed evolvere verso una maggiore appropriatezza degli interventi;
- acquisire una capacità di lettura della evoluzione del fenomeno in tempo reale;
- attivare una presa in carico precoce dei soggetti attraverso interventi «verso l'utente»;
- garantire la disponibilità di tutti gli interventi (trattamenti) appropriati per tutti i soggetti che ne abbisognano e la relativa continuità assistenziale;
- sviluppare interventi di prevenzione specifica differenziati per età e differenti target di popolazione.

Verranno promosse le seguenti azioni:

- attuazione della completa integrazione operativa tra servizi pubblici e Terzo settore all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze;
- sviluppo di programmi di formazione congiunta;
- attuazione del Coordinamento Interdipartimentale Regionale per un più efficace governo del sistema;
- costituzione dell'Osservatorio Regionale Dipendenze; estensione in tutta la regione del Sistema di Allerta Rapido (conoscenza in tempo reale delle sostanze in circolazione) e del Sistema Informativo Dipendenze (flusso epidemiologico e prestazioni);
- predisposizione di linee guida per particolari categorie di utenti a maggiore fragilità;
- studio ed attuazione di programmi di informazione e prevenzione destinati alla popolazione adulta impegnata in compiti educativi (famiglie ed insegnanti).

4. Le regole di governo del sistema

4.1 Il finanziamento del sistema

Il finanziamento del sistema, nel prossimo triennio, sarà regolamentato dai vari provvedimenti finanziari statali e dall'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Tali normative, ai fini del contenimento della dinamica dei costi, tracciano un quadro sempre più chiaro dei rapporti tra Stato e Regioni nella programmazione finanziaria della spesa sanitaria e soprattutto nel raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica.

L'accesso alle risorse, da parte delle Regioni, è condizionato al rispetto dei molteplici adempimenti definiti nella normativa sopra richiamata, che riguardano il mantenimento dell'equilibrio economico raggiunto e l'erogazione delle prestazioni comprese dei Livelli Essenziali di Assistenza, al fine di perseguire obiettivi di miglioramento in relazione alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni ed al tempo di erogazione.

Per la programmazione e il coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari, le ASL, oltre a dare evidenza della reale dimensione complessiva dell'azienda, articoleranno l'analisi svolta per distretti, esplicitando, orientativamente, i seguenti elementi di valutazione:

- il livello di servizio programmato e il servizio storicamente determinato, delineando il miglioramento dei servizi, il loro coordinamento, nonché il potenziamento delle attività (ad es.: appropriatezza dei ricoveri, protocolli di appropriato uso del farmaco, progetti di continuità assistenziale, progetti di prevenzione primaria e secondaria, ecc.);
- le risorse disponibili;
- le innovazioni di servizio proposte che saranno implementate nel corso dell'anno;
- il ruolo degli erogatori pubblici e privati;
- il collegamento tra i servizi al fine della continuità assistenziale;
- le priorità di intervento.

Conseguentemente, le ASL dovranno essere responsabilizzate sui seguenti profili di intervento: analisi dei bisogni; definizione delle aree problematiche di intervento; individuazione dei livelli di attività programmata per i servizi socio sanitari; contrattazione con gli erogatori pubblici e privati sul livello di attività specialistica ambulatoriale atteso e sul relativo finanziamento; budget di distretto con i MMG e PLS; messa in campo di progetti e programmi di coordinamento tra gli erogatori; finanziamento di progetti e programmi di coordinamento in attuazione degli specifici piani di settore.

Uno strumento particolarmente utile per il mantenimento e la valutazione dell'equilibrio di sistema è il Budget di Distretto (BdD), che consente di responsabilizzare tutti gli attori di sistema di ogni singolo ambito distrettuale su obiettivi comuni, secondo una metodologia di lavoro condivisa. Le informazioni e le valutazioni necessarie per implementare il processo di Budget debbono fondarsi su specifiche valutazioni epidemiologiche, contestualizzate ad ogni Distretto, che analizzino la variabilità di consumi in ambito provinciale e che possano costituire una base di riflessione per un confronto sulle cause degli scostamenti evidenziati dai dati di tipo economico.

L'obiettivo è di temperare la significativa variabilità riscontrata a livello distrettuale, considerando quale elemento centrale della strategia di negoziazione la riduzione tendenziale della spesa entro i parametri di range, calcolati sulla media aziendale, laddove si registra uno scostamento ingiustificato di consumi e di spesa. Tale obiettivo è fissato per i volumi di spesa generati dalle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza specialistica e farmaceutica, nonché per i costi derivanti dall'assistenza protesica. Si devono inoltre prendere in considerazione e monitorare i dati di volume e spesa relativi a: ricoveri, cure primarie, assistenza socio-sanitaria, gestione distretto. Ai fini del processo di budget distrettuale, è infatti necessario disporre di dati ed informazioni su cui poter fondare analisi, programmi ed azioni correttive laddove si evidenzino criticità.

Lo strumento adottato per la negoziazione è la scheda di budget, elaborata per ogni Distretto, che, insieme alle valutazioni epidemiologiche, viene messa a disposizione degli attori di sistema per leggere le realtà locali, individuare le criticità ed attivare le possibili azioni sinergiche atte a raggiungere gli obiettivi posti. La scheda comprende dati di contesto epidemiologico, dati di volume di attività e relative voci di spesa.

Le Aziende Ospedaliere, al fine di misurare l'appropriatezza ed i risultati dell'operare medico attraverso la definizione *ex-ante* di indicatori di organizzazione, dovranno procedere attraverso il coinvolgimento dei medici specialisti e degli operatori, nonché degli organismi di partecipazione, quali il Collegio di Direzione ed il Consiglio dei Sanitari, legittimati e stimolati ad esprimere pareri sugli atti aziendali strategici quali:

- il budget aziendale;
- il bilancio;
- i piani di organizzazione e di sviluppo dell'attività clinica;
- i piani di assunzione;
- le scelte di investimento;
- le apparecchiature.

Le A.O. provvederanno all'attivazione di adeguati canali di informazione sulle attività svolte e sui costi sostenuti, al fine di favorire processi di *benchmarking* in grado di stimolare i professionisti a confrontarsi e a suggerire nuovi metodi di miglioramento della qualità.

Si proseguirà, inoltre, nell'obiettivo di razionalizzare i processi di spesa di produzione unitari delle diverse aziende ospedaliere, in linea con l'assunzione, da parte delle Aziende Ospedaliere, del ruolo sempre più specifico di produttore di servizi sanitari e quindi conformemente all'equilibrio economico da rispettare anche attraverso la riallocazione delle risorse.

A tal fine, la Regione fornirà indicazioni di raffronto fra le aziende ospedaliere che, oltre a considerare un livello atteso di costo, determinino dei livelli attesi di produttività e di attività indispensabili per valutare il potenziale equilibrio delle attività aziendali.

Nell'intento di perfezionare gli strumenti di supporto ad una politica sanitaria improntata al miglioramento continuo della qualità e dell'efficienza del sistema, verrà completato e sviluppato il progetto avviato in via sperimentale in alcune aziende sanitarie dalla d.g.r. 11 giugno 2004, n. 7/17864, con l'obiettivo di estenderlo gradualmente ad altre strutture sanitarie pubbliche. L'iniziativa, mutuando i contenuti del d.lgs. 231/2001, prevede l'introduzione nelle aziende sanitarie pubbliche lombarde di un codice etico-comportamentale, per valutare la possibilità di adottare modelli organizzativi e «comportamenti» finalizzati al miglioramento del sistema.

4.2 La negoziazione ed i contratti

Le attività negoziali tra le ASL ed i soggetti erogatori accreditati saranno effettuate congruentemente all'equilibrio del sistema individuato dalla Giunta e conformemente al fabbisogno di servizi sanitari e sociosanitari espresso dai cittadini lombardi. Tali attività negoziali ed il loro relativo monitoraggio periodico, già intrapreso nel corso dell'esercizio 2003 e di cui nel 2006 si avvia l'estensione ai servizi sociosanitari, rappresentano in modo sufficientemente adeguato le diversificate necessità territoriali e possono fornire quelle informazioni necessarie per la programmazione annuale delle attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale, come previsto all'art. 13, comma 13, della legge regionale 31/97.

Analisi dei bisogni, definizione del fabbisogno di prestazioni e servizi, definizione delle modalità più efficaci ed efficienti di erogazione delle stesse, individuazione dei criteri di remunerazione, messa a punto di sistemi di monitoraggio e controllo sono i contenuti che, comunque, dovranno essere ulteriormente esplicitati e perseguiti nella definizione dei contratti **(13)**.

In termini programmatici, si prevede di proseguire nella direzione intrapresa e di aumentare costantemente ed in modo equilibrato l'autonomia delle ASL ai fini dell'assegnazione delle risorse in modo sempre più pertinente alle reali necessità dei cittadini.

Saranno esplicitati i livelli di qualità ed accessibilità attesi soprattutto in riferimento ai percorsi diagnostico-terapeutici delle principali patologie cronico-degenerative.

All'interno della revisione dei sistemi di remunerazione delle prestazioni sociosanitarie, viene introdotto, a partire dai servizi territoriali e domiciliari per anziani e disabili con estensione ai nuovi servizi di riabilitazione, il passaggio dal sistema a tariffa a sistema per budget. Sulla base di indicazioni regionali dovrà essere attivata la negoziazione del budget con i soggetti accreditati e dovranno essere sottoscritti contratti con l'ASL competente.

4.3 L'autorizzazione, l'accreditamento e la qualità

Anche il processo di accreditamento delle strutture sanitarie della Regione Lombardia rappresenta un passo di fondamentale importanza verso il miglioramento della qualità dell'assistenza. Si può quindi ritenere che gli standard di accreditamento costituiscano un secondo livello di impegno, richiesto alle strutture sanitarie pubbliche e private, affinché il cittadino possa considerare il soggetto erogatore coerente con i vincoli qualitativi regionali.

È importante ribadire che i requisiti di accreditamento, coerenti rispetto alla tipologia della struttura, non sono in alcun modo diversificati tra strutture pubbliche e private, che quindi si trovano a dover rispondere in ugual modo ai medesimi requisiti.

Agli erogatori pubblici e privati a contratto saranno richieste tipologie omogenee di requisiti per quanto riguarda, ad esempio, le tipologie di contrattazione del personale, la partecipazione alla rete regionale delle emergenze, etc. Per garantire il miglioramento continuo del servizio sanitario regionale sarà necessario perfezionare i meccanismi volti a promuovere il continuo aggiornamento, relativamente ai profili della qualità ed appropriatezza del servizio, dei criteri di accreditamento definiti a livello regionale. Tale sfida dovrà essere affrontata attraverso il coinvolgimento delle stesse strutture già soggette ad accreditamento, affinché anche queste ultime siano responsabilizzate nel processo di adeguamento ai nuovi requisiti strutturali e funzionali, in un circolo virtuoso destinato a produrre risultati significativi in termini di qualità del servizio e di soddisfazione dei suoi utenti. L'obiettivo finale è quello di promuovere in tutte le strutture accreditate un processo di continuo monitoraggio dei requisiti di qualità ed appropriatezza.

A seguito dell'approvazione del precedente Piano Socio Sanitario, l'accreditamento ha cominciato a svolgere la funzione di strumento di governo, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi programmatori attraverso la riqualificazione delle unità di offerta ed al raggiungimento dell'indice di 4 posti letto per acuti ogni 1000 abitanti. Nel prossimo triennio, si deve prevedere una ulteriore implementazione di quanto sopra indicato, in linea con quanto statuito dall'art. 4 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sulla «Razionalizzazione della rete ospedaliera e realizzazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale della prevenzione e dal Piano Nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario»; l'intesa del 23 marzo indica infatti per il 2007 il raggiungimento di uno standard di posti letto ospedalieri a contratto di 4,5 per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza *post* acuzie, tenendo presente che la loro distribuzione sul territorio dovrà essere il più uniforme possibile.

Alla lettera b del comma 1 del citato articolo 4 si prevede inol-

---

(13) Con la d.g.r. 6/47508 del 29 dicembre 1999 si è concluso, attraverso la definizione dello schema tipo del contratto, il percorso istituzionale dell'accreditamento, base indispensabile per poter regolare il sistema sanitario lombardo sulla base dei suoi principi ispiratori previsti dalla legge 31/97 (la libertà di scelta del cittadino; la differenziazione tra soggetti acquirenti e soggetti erogatori; la piena parità di diritti e di doveri tra strutture di diritto pubblico e di diritto privato; la sussidiarietà verticale ed orizzontale).

Nel corso dell'esercizio 2003, è stata introdotta una nuova forma di contrattazione, peraltro già prevista dalla legge regionale n. 31/97, in virtù della quale il contenuto del contratto oggi in essere tra le ASL ed i soggetti erogatori deve essere determinato attraverso la definizione delle risorse per le attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale, nonché attraverso la definizione di eventuali condizioni di regressione tariffaria che indicheranno ai soggetti erogatori la soglia di prestazioni erogabili a carico del servizio sanitario regionale. Questa nuova forma di contrattazione ha sostituito il precedente meccanismo di contrattazione, basato sulla definizione di indici di abbattimento determinati a posteriori; tale originaria modalità di concertazione appariva, infatti, iniqua, in quanto non consentiva all'erogatore di conoscere a priori la reale decurtazione che poteva subire.

Con l'introduzione del sistema di predeterminazione delle risorse, invece, le regole per l'erogatore sono state chiarite subito, la stessa spesa sanitaria ha subito un incremento che può ritenersi fisiologico nell'anno 2003 e non è stata compromessa la possibilità per il cittadino di ricevere cure adeguate, nel rispetto della sua libertà di scelta e dei criteri di efficienza. Sono inoltre migliorate l'erogazione dei servizi ai cittadini e la qualità delle prestazioni, costantemente assicurata dal sistema dei controlli sulle attività assistenziali e sui requisiti di accreditamento delle strutture pubbliche e private.

Tali obiettivi sono stati raggiunti anche grazie alla puntuale attività di monitoraggio delle attività e alle valutazioni sul grado di soddisfacimento dei bisogni all'interno del territorio di propria competenza effettuate dalle ASL in ottemperanza alle direttive regionali.

Le attività negoziali tra le ASL ed i soggetti erogatori accreditati saranno effettuate congruentemente all'equilibrio del sistema individuato dalla Giunta e conformemente al fabbisogno di servizi sanitari espresso dai cittadini lombardi. Tali attività negoziali ed il loro relativo monitoraggio periodico, già intrapreso nel corso dell'esercizio 2003, rappresentano in modo sufficientemente adeguato le diversificate necessità territoriali e possono fornire quelle informazioni necessarie per la programmazione annuale delle attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale, come previsto all'art. 13, comma 13, della legge regionale 31/97.

tre di promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno; è pertanto proprio in questa direzione che va letta la possibilità, introdotta recentemente in Regione Lombardia, di prevedere che l'attività di day hospital e di day surgery (prima svolta esclusivamente in ambito ospedaliero) possa essere erogata anche in strutture di ricovero e cura extraospedaliere a solo ciclo diurno. I requisiti organizzativi, autorizzativi e di accreditamento che tali strutture dovranno possedere sono gli stessi che la normativa vigente richiede per la medesima attività erogata in ambito ospedaliero.

Questa scelta trova le sue motivazioni nell'evoluzione della pratica clinico diagnostica e nella considerazione che, a parità di efficacia dell'intervento sanitario, il ricovero a solo ciclo diurno è meglio accettato dal paziente.

Va tuttavia evidenziato che il day surgery potrà essere promosso e attivato solo per quelle prestazioni chirurgiche di lieve entità che saranno ridefinite dalla Regione con apposito provvedimento. È infatti importante attivarsi affinché, nel generale processo di ristrutturazione del servizio, sia comunque garantita la massima sicurezza del cittadino nell'accesso alle suddette prestazioni mediante la predisposizione di protocolli operativi validati dalle ASL per le situazioni di emergenza **(14)**. A tal fine, sarà compito delle ASL promuovere il monitoraggio continuo dei centri e delle strutture che praticano il day surgery, anche al fine di verificare la qualità degli interventi realizzati ed il livello di soddisfazione degli utenti.

L'intero processo di accreditamento, mantenendo la coerenza con i principi che lo hanno ispirato, dovrà essere rivisto al fine di promuovere un ulteriore miglioramento dei parametri organizzativi ed una semplificazione dei percorsi procedurali; a tal fine, dovrà essere previsto un ruolo ancora più attivo delle ASL, conservando tuttavia in capo alla Regione il governo del sistema.

4.4 Il Sistema dei controlli

L'attività di controllo delle ASL storicamente svolta dagli organismi deputati alla prevenzione, con funzioni di sorveglianza sanitaria degli ambienti, delle comunità, degli animali, degli alimenti, è stata integrata in questi anni da un'attività di controllo a fini gestionali basata sull'analisi dei costi e delle attività produttive e sviluppata secondo criteri tipicamente aziendalistici.

È opportuno che le ASL mantengano tutte le funzioni di controllo in essere, armonizzando funzionalmente le attività svolte; il controllo sulle attività sanitarie delle strutture presenti sul territorio dell'ASL deve essere integrato con il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni, dei costi e di tutte le componenti che incidono sul sistema sanitario regionale. A tal fine, sarà necessario attivare un sistema di formazione e aggiornamento continuo del personale ASL addetto ai controlli.

Il controllo continuo dell'attività svolta, da attivare al proprio interno con strutture dedicate, è richiesto anche alle stesse strutture erogatrici di prestazioni sanitarie. Il controllo di gestione, attuato secondo una logica d'integrazione, rappresenta lo strumento operativo che consente di concentrare l'attenzione sui fattori strategici per il governo aziendale.

A tal fine, la Regione identifica ambiti d'interesse generale, sui quali le ASL svolgono le proprie funzioni di controllo, confrontandosi con le strutture erogatrici per la condivisione delle modalità operative delle verifiche da effettuare e dei criteri per l'interpretazione e la valutazione dei risultati. Tale attività di controllo si inserisce nello sviluppo del sistema di qualità aziendale. Le strutture erogatrici sono inoltre responsabilizzate sull'attività di controllo interno.

4.5 I controlli sulle prestazioni dei servizi sanitari

L'attività di controllo svolta dalle ASL nelle aree d'interesse generale delineate dalla Regione è finalizzata a promuovere uno sviluppo omogeneo ed organico del sistema sanitario regionale, con particolare attenzione sia alla qualità dell'assistenza resa che ai bilanci aziendali.

In un sistema così definito, va valorizzata la procedura di autocertificazione delle strutture erogatrici, come esito di un controllo di qualità interno che a sua volta dovrà essere sottoposto alla verifica di competenza delle ASL.

L'attività svolta, prima dai NOC regionali e successivamente da quelli dell'ASL, ha permesso di evidenziare criticità rispetto all'applicazione del sistema DRG da parte di alcune strutture erogatrici, in relazione anche all'attivazione del nuovo sistema di remunerazione a tariffa.

L'azione dei NOC ha anche permesso di fornire indicazioni in merito all'adeguamento delle tariffe stesse, in quanto la discrepanza tra la remunerazione delle prestazioni di ricovero ordinario, day hospital e ambulatoriale induceva a volte scelte organizzative passibili di miglioramento. Tali attività, ritenute di grande utilità per il sistema, vanno incrementate nell'ottica dei controlli incrociati fra aziende e del benchmarking. In tal senso, va sviluppata la funzione dei NOC, che deve estendersi anche al di fuori dell'ASL di competenza nell'ottica di rendere omogenea l'attività di controllo e di contribuire ad aumentare la professionalità dei componenti che sempre più approfondiscono realtà territoriali diverse.

a. Il controllo sull'attività di ricovero

Rispetto all'area dell'attività clinica specialistica, lo sviluppo e l'evoluzione del sistema dei controlli consente:

– di individuare le aree critiche dell'attività di ricovero e condividere le modalità di controllo: la Regione, infatti, rileva alcuni eventi o comportamenti meritevoli di essere meglio conosciuti ed indica le aree da sottoporre a controllo, secondo protocolli operativi; tale analisi consente di evidenziare alcune aree critiche sulle quali concentrare l'attenzione, in modo da mantenere attivo un sistema di vigilanza, utilizzando metodologie note sia alle ASL sia agli erogatori. La scelta di identificare a livello centrale le aree oggetto di controllo – aree che di anno in anno possono essere modificate – è coerente con la finalità generale di monitoraggio tramite verifiche ed approfondimenti su specifiche modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie sull'intero territorio regionale, rendendo così uniformi e contemporanee le fattispecie oggetto di verifica;

– di definire un percorso legato ai controlli, da integrare funzionalmente ai progetti di qualità interni a ciascuna struttura erogatrice: le metodologie vengono infatti definite a livello regionale, in collaborazione con l'ASL e le strutture erogatrici, che saranno direttamente responsabili dello svolgimento dei controlli. In questo ambito, la Regione ha già definito le strategie e il metodo da utilizzare, sicché spetta ora alle ASL e alle strutture erogatrici del territorio di competenza stabilire le modalità operative dei controlli, interpretandone alla fine i risultati.

Analogo percorso è stato intrapreso anche per i servizi di lungoassistenza residenziali e diurni.

Le metodiche per effettuare quanto previsto rientrano nell'ambito dell'appropriatezza organizzativa/generica e dell'appropriatezza specifica.

Per la stesura di tali protocolli, si è fatto riferimento a quanto riportato dalla letteratura, in collaborazione con le società scientifiche, con l'impegno di contestualizzarli nell'ottica regionale e sviluppare il continuo miglioramento di qualità.

b. Il controllo sull'attività specialistica ambulatoriale

Il settore dell'attività specialistica ambulatoriale non può essere ignorato per la rilevanza economica e numerica delle prestazioni erogate, per cui, sia ai fini programmatori sia ai fini della valutazione del relativo impatto sulla spesa, è fondamentale ed essenziale l'analisi dell'attività svolta per conto del SSR.

Negli anni 2004 e 2005 sono state preliminarmente definite dalla Regione le aree di maggior interesse ed è stata successivamente applicata una metodologia di controllo dell'attività specialistica ambulatoriale erogata da tutte le strutture, pubbliche e private, accreditate.

L'obiettivo dei prossimi anni è quello di completare l'analisi sia sugli aspetti formali che sugli aspetti di tipo clinico, concordando tra le parti le modalità e i contenuti, in modo da codificare

---

(14) A garanzia del paziente, si è previsto che le strutture di ricovero e cura a ciclo diurno esterne all'ospedale, con particolare riguardo a quelle di day surgery, attivino un collegamento funzionale con una struttura ospedaliera sede di DEA o EAS per la gestione delle eventuali emergenze urgenze, garantendo il ricovero ordinario ogni qualvolta questo si renda necessario.

In considerazione dell'aumento della capacità produttiva, determinata dal maggior turnover dei letti di day hospital e di day surgery, si dovrà peraltro prevedere la riconversione di un numero di posti letto di ricovero ordinario più elevato rispetto ai posti letto di assistenza a ciclo diurno che si intendono attivare.

Tale principio è affermato sia nel caso di trasformazione di strutture ospedaliere in strutture di ricovero a ciclo diurno, sia nel caso di trasformazione di posti letto di degenza ordinaria in posti letto di day hospital – day surgery presso strutture ospedaliere tradizionali.

un protocollo che sia in grado di far emergere aree da sottoporre a monitoraggio continuo.

L'altro aspetto fondamentale è come collegare l'attività di controllo con i riscontri di tipo economico che condizionano in maniera determinante l'attenzione sul tema da parte degli attori interessati.

La valutazione del comportamento delle strutture erogatrici di prestazioni sanitarie, nell'applicazione dei protocolli per l'appropriatezza generica e specifica in ambito di attività ambulatoriale o di ricovero, consente di individuare le classi di prestazioni su cui effettuare «manovre tariffarie» correttive.

4.6 I controlli contabili

L'aziendalizzazione ha prodotto strumenti e comportamenti virtuosi all'interno della rete dei servizi a gestione pubblica.

Nel corso degli ultimi anni, tale aziendalizzazione è stata accompagnata anche dall'iniziativa regionale che ha sviluppato forme di controllo dei bilanci e delle contabilità aziendali, per promuovere ed ottenere la massima efficienza del sistema e per veicolare una cultura gestionale sempre più attenta al miglior utilizzo delle risorse pubbliche.

Gli effetti di tale processo sono evidenti e segnalano la possibilità che ulteriori progressi possono essere ottenuti attraverso un ulteriore affinamento dei sistemi contabili delle aziende sanitarie pubbliche.

Tale ulteriore affinamento dovrà, da un lato, perseguire l'utilizzo sempre più trasparente delle risorse e, dall'altro lato, definire la stretta connessione tra le risorse e gli obiettivi di salute prefissati.

Alla luce di tali linee di indirizzo, la Regione svolgerà attività di continuo sviluppo di forme di controllo dei bilanci e delle contabilità aziendali, compresa la contabilità analitica svolta secondo un modello unico regionale.

4.7 La programmazione sociale e sociosanitaria

Nel modello di welfare che si intende consolidare, risulta estremamente importante esercitare una azione di regolazione, di coordinamento e di facilitazione tra i diversi partner del sistema sociale e sociosanitario al fine di rafforzare le sinergie già attivate e migliorare l'efficacia delle risposte ai bisogni delle persone e delle famiglie.

I Piani di Zona e Piani Aziendali rappresentano gli strumenti del governo locale della rete dei servizi in attuazione degli obiettivi regionali.

4.7.1 I piani di zona

La programmazione e gestione associata dei servizi sociali dei comuni, avviata attraverso i Piani di Zona, ha rappresentato l'inizio di un processo di evoluzione del sistema del welfare che dovrà continuare a svilupparsi un una logica di crescita e consolidamento, a partire dal modello di governance definito nel periodo 2003-2005 e basato su:

- un Organismo politico: Assemblea dei sindaci di distretto, eventualmente integrato con altri soggetti istituzionali e da rappresentanze del Terzo settore con un ruolo propositivo rispetto al processo decisionale proprio dell'assemblea;
- una struttura tecnico-amministrativa di programmazione: l'Ufficio di Piano, con ruolo di coordinamento, istruttoria, gestione e verifica dell'attuazione del piano, a supporto delle decisioni dell'organismo politico e a garanzia degli impegni sottoscritti in sede di accordo di programma, quale strumento giuridico che dà legittimità al Piano.

Per il triennio 2007-2009 sono già stati definiti gli obiettivi da perseguire sul versante della governance:

- una maggiore partecipazione della comunità locale, con particolare attenzione al Terzo settore e all'attivazione di un tavolo di rappresentanza quale spazio specifico di confronto e concertazione, nell'ambito della sinergia operativa. Tale obiettivo costituisce una evoluzione rispetto alla ormai consolidata partecipazione ai tavoli tematici, in quanto introduce l'aspetto della «rappresentatività» dei soggetti partecipanti a livello distrettuale e dà rilievo a quello della stabilità delle relazioni tra sistemi;
- l'individuazione di forme di gestione associata per le attività di programmazione zonale e/o per la gestione di unità di offerta, secondo il modello ritenuto più adeguato alle esigenze, alle caratteristiche economiche ed organizzative e agli scopi propri di ciascun sistema locale, intendendo per «sistema» la realtà dell'ambito distrettuale.

La realizzazione della welfare community passa anche dal riconoscimento dell'autonomia locale nelle decisioni relative alla destinazione delle risorse: per questo, al fine di sostenere economicamente il sistema dei servizi, la Regione interverrà attraverso l'assegnazione di un budget unico, comprensivo di finanziamenti di derivazione statale e regionale, assegnando al livello locale il compito di individuare la destinazione delle risorse in base alle priorità definite nei Piani di Zona.

L'orientamento strategico della programmazione sociale dovrà quindi essere volto a definire e attuare Piani di Zona che, rispetto ai precedenti, costituiscano il vero strumento programmatorio delle politiche locali, complessivamente intese, in ambito socio assistenziale. In tale programmazione dovranno rientrare le azioni di consolidamento dei sistemi locali costituiti con il primo PdZ, e lo sviluppo e la messa a regime dei servizi e interventi introdotti sperimentalmente con particolare riguardo ai titoli sociali. In questa logica rientra anche l'obiettivo dell'attivazione, in tutti gli ambiti distrettuali, del voucher sociale, dando particolare rilievo al governo del sistema degli accessi, alle procedure di accreditamento e ai sistemi di controllo di qualità e appropriatezza degli interventi.

Si intendono inoltre sperimentare forme di voucherizzazione di servizi a carattere diurno o residenziale attraverso percorsi progettuali. Su tali temi occorrerà impegnarsi per azioni di valutazione degli impatti rispetto alle tradizionali modalità di risposta ai bisogni, sia in termini di efficacia, sia in termini di costi.

Altro elemento qualificante di questo sistema sarà la costituzione di un Fondo Sociale di Solidarietà tra Comuni: tale fondo assume un significato di particolare rilievo rispetto all'assunzione di corresponsabità di tutti i Comuni dell'ambito rispetto alle esigenze dei propri territori e alla sostenibilità di oneri a volte particolarmente gravosi da sostenere, soprattutto da parte di Comuni di piccole dimensioni, come lo sono una parte rilevante dei comuni lombardi.

4.7.2 I piani aziendali

La programmazione delle Aziende Sanitarie Locali viene attuata attraverso la definizione di piani che, pur nella loro autonomia, devono essere coerenti con le politiche di welfare perseguite dalla Regione. Nel 2003 sono state emanate le linee guida per l'adozione dei Piani di Organizzazione Funzionamento Aziendali, uno strumento per la concreta definizione dell'organizzazione e del funzionamento aziendale, attraverso la costruzione di un modello di «governance», per la realizzazione di un reale sistema integrato di servizi che garantisca risposte ai bisogni mediante l'ottimizzazione delle risorse e la valorizzazione delle competenze. Queste linee hanno previsto, per il Dipartimento ASSI, la possibilità nel primo triennio (avviato nel 2004), di sperimentare nuovi e diversi modelli organizzativi che devono però ancora raggiungere obiettivi strategici quali il rafforzamento delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo (PAC) del sistema sociosanitario, il completamento dei processi di trasferimento delle attività di produzione dei servizi soggetti esterni al Dipartimento ASSI, la separazione delle funzioni di governo da quelle di produzione ed erogazione dei servizi, il potenziamento delle garanzie di informazione e di supporto ai cittadini per esercitare il diritto di libertà di scelta. La delineazione dei POFA e la sua prima attuazione è avvenuta contestualmente alla realizzazione della riforma più rilevante che abbia mai riguardato il sistema di cura e di assistenza delle persone fragili: l'introduzione nella cospicua rete di offerta esistente di regole omogenee per l'autorizzazione, l'accreditamento e la remunerazione delle prestazioni sociosanitarie.

Occorre, ora, monitorare con accuratezza quale sia stato l'impatto della implementazione del nuovo sistema a livello territoriale, studiare e comprendere i diversi modelli organizzativi, individuati dalle singole ASL in rapporto alla dimensione ed al controllo della rete preesistente, nonché della sua capacità di risposta alle reali esigenze della popolazione che si stanno gradualmente delineando. È infatti importante sottolineare come la raccolta e la condivisione di un debito informativo, costruito su scale di valutazione semplici ma anche su precise modalità di trasmissione vincolanti per l'accreditamento, abbia messo a disposizione della Programmazione una base dati preziosa per il monitoraggio della qualità e dei costi dell'offerta socio-sanitaria lombarda.

È oggi possibile iniziare un percorso reale di accompagnamento alla responsabilità ed autonomia della programmazione locale

che inizia con l'introduzione dello strumento di budgettizzazione in alcuni ambiti, come precedentemente ricordato.

4.8 I soggetti della programmazione a rete: i soggetti pubblici

Concorrono alla realizzazione del sistema dei servizi i Comuni (enti locali), le ASL (enti strumentali della Regione), le Province e le organizzazioni del privato sociale, nella consapevolezza che la prima e forse più profonda trasformazione operata nel sistema dei servizi dopo la l. 328/00 è nel tessuto delle relazioni tra i diversi soggetti in campo. In tale ottica è prevista la partecipazione alla programmazione sociale anche delle ASP, in attuazione con quanto già riportato dalla l.r. 1/2003 e secondo il modello che verrà definito all'interno del più generale testo di legge sul «Governo della rete, degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario».

4.8.1 Il ruolo dei comuni

In attuazione dei processi già in corso e definiti con le linee guida per l'attuazione nel prossimo triennio dei PdZ, i Comuni singoli o aggregati (Unione di Comuni) e le Comunità montane sono sempre più chiamati a realizzare un sistema integrato di interventi e di servizi sociali, assumendo la programmazione quale elemento metodologico strutturale nell'ambito delle politiche sociali.

Nel prossimo triennio, ferme restando le competenze esclusive dei Comuni in materia sociale, dovrà essere affrontato il nodo dell'integrazione, che si esprime a più livelli:

- integrazione istituzionale, che si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse, in particolare Comuni, Province, ASL e Terzo settore. Tale forma di integrazione può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici, a partire dell'accordo di programma;
- integrazione gestionale, che si colloca a livello di struttura operativa, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni;
- integrazione operativa-funzionale, che richiede il lavorare per progetti e la capacità di incontro nel processo operativo di più operatori e di più professionalità;
- integrazione sociosanitaria, attraverso una programmazione coordinata e concertata con le politiche sanitarie, che costituisce il reale obiettivo per una presa in carico non parcellizzata dei bisogni.

Sempre più rilevante inoltre dovrà diventare il ruolo del Comune come:

- regolatore dei servizi, potenziando le capacità propulsive degli attori del privato sociale radicati nel territorio;
- garante nei confronti dei cittadini delle prestazioni erogate da una molteplicità di attori accreditati.

La tensione dovrà inoltre essere verso forme di gestione associata, sia delle funzioni di programmazione, sia delle funzioni di produzione dei servizi.

4.8.2 Il ruolo delle ASL

La programmazione regionale, relativa ad un nuovo modello di welfare, ha portato ad una profonda revisione delle funzioni e degli aspetti organizzativi del Dipartimento ASSI delle ASL. In questo contesto di riforme le ASL hanno concentrato il loro ruolo nella programmazione, l'acquisto ed il controllo, separando queste funzioni da quelle di produzione ed erogazione degli interventi e delle prestazioni. Deve quindi essere perseguito il rafforzamento del processo di aziendalizzazione, attraverso un completamento della riorganizzazione dei Dipartimenti ASSI, e il coordinamento tra le ASL che sarà promosso attraverso la formazione di una rete che permetta di mettere a disposizione le conoscenze acquisite.

L'ASL dovrà assumere sempre di più un ruolo di coordinamento del sistema dei servizi della programmazione locale, partecipando attivamente anche alle scelte dei Comuni associati e facendosi promotore di strategie di razionalizzazione ed integrazione fra il sistema sanitario e sociale. Una funzione specifica del dipartimento ASSI sarà quella di promuovere ogni forma di azione volta a garantire ai cittadini fragili la continuità assistenziale che va dal sistema sociale a quello sanitario e viceversa e perché questo sia possibile è necessario che anche i livelli distrettuali, oltre ai compiti gestionali, assumano capacità di programmazione locale. Il dipartimento ASSI assume quindi un livello intermedio di garante del raccordo tra la programmazione regionale e la programmazione distrettuale, definendo con il Piano Aziendale le regole del sistema sociosanitario a livello provinciale e monitorandone la loro attuazione. In quest'ottica si inserisce anche il raccordo, in forma stabile e continuativa, con le rappresentanze locali del Terzo settore, in una azione di continuità rispetto a quanto già avviato a partire dal 2005. L'ASL avrà, quindi, un ruolo di promotore rispetto al coinvolgimento di tali soggetti, al fine di tener conto, nell'ambito dello sviluppo delle politiche sociosanitarie, dei soggetti che sono sia potenziali partner rispetto al soddisfacimento del bisogno, sia il «ponte» rispetto ai bisogni dei cittadini e di cui tener conto soprattutto rispetto ai feedback dei modelli assistenziali operati.

L'ASL rivestirà un ruolo sempre più importante di facilitatore di un percorso di modulazione e di qualificazione continua degli interventi mettendo in atto un sistema articolato di strumenti di verifica, di valutazione e di monitoraggio in grado, da un lato, di costituire una sorta di pannello di controllo della rete dei servizi, dall'altro di fornire alla Regione ed al territorio ed ai soggetti che vi operano una base informativa e di valutazione su cui costruire un percorso condiviso di coordinamento e di taratura degli interventi. È quindi necessario non fermarsi unicamente all'aspetto del controllo, che prevede una visione statica di applicazione della normativa, superandone l'aspetto meramente sanzionatorio, per arrivare alla definizione di un sistema di valutazione che garantisca flessibilità e partecipazione. Tutto il sistema di valutazione, in una prospettiva di sussidiarietà, deve essere orientato in una logica di educazione e di formazione degli attori del sistema, che vede nel confronto e nella condivisione i due strumenti fondamentali.

4.8.3 Il ruolo delle province

In coerenza con il Testo Unico sull'ordinamento degli Enti locali e con la l. 328/00, sarà necessario valorizzare, attraverso azioni di coordinamento:

- il ruolo attribuito alle Province che riguarda le funzioni di «Osservatorio», ovvero l'insieme di azioni capaci di rendere organica la raccolta di dati ed informazioni, sia sul profilo quantitativo, sia per gli aspetti qualitativi e di approfondimento su singole aree di bisogno. In tal senso potranno trovare riflessi sul piano del governo del sistema le funzioni degli osservatori territoriali provinciali attivati ai sensi della l.r. 1/2001 e dalla legislazione regionale successiva;
- il ruolo che riguarda una competenza storicamente più radicata in capo alle Province: la formazione e l'aggiornamento del personale operante nel sistema del welfare. Poiché il tema delle risorse umane è strategico rispetto alla tenuta del sistema, rivestiranno sempre più rilievo azioni di coordinamento e di collaborazione tra Province e Regione rispetto alla condivisione di obiettivi relativi alla formazione del personale. Inoltre sarà ulteriormente sviluppata la funzione di accompagnamento e di formazione del personale degli Enti locali e delle unità di offerta dei servizi, anche alla luce del nuovo modello di welfare adottato dalla Regione Lombardia;
- il ruolo di promozione di attività e sostegno in ambito provinciale del volontariato e dell'associazionismo, favorendo la partecipazione degli enti del Terzo settore alla programmazione.

Le Province sono inoltre riconosciute come soggetto che partecipano alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo le modalità definite dalla Regione in ordine a:

– promozione e coordinamento interistituzionale di attività di rilevante interesse provinciale nell'area dei servizi sociali finalizzate allo sviluppo economico e sociale delle proprie comunità;

– raccolta delle conoscenze e dei dati sui bisogni e sulle risorse disponibili dai comuni e da altri soggetti istituzionali presenti in ambito provinciale per concorrere all'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali;

– analisi dell'offerta sociale per promuovere approfondimenti mirati sui fenomeni sociali più rilevanti in ambito provinciale fornendo, su richiesta dei Comuni e degli enti locali interessati, il supporto necessario per il coordinamento degli interventi territoriali e rilevando le esigenze di nuovi servizi sovradistrettuali;

– promozione, d'intesa con i soggetti istituzionali interessati, di iniziative di formazione, con particolare riguardo alla formazione professionale di base e all'aggiornamento in servizio.

4.9 Il privato sociale

4.9.1 Il Terzo settore

In questi ultimi anni la Regione Lombardia, riconoscendo il ruolo partecipativo, innovativo, anticipatorio di interventi neces-

sari rispetto alle trasformazioni ed evoluzioni demografiche, sociali ed economiche, ha reso possibile l'identificazione del ruolo del Terzo settore non più solo come «soggetto di protezione», ma anche come «soggetto di promozione», con capacità progettuale ed imprenditoriale, valorizzandone la compartecipazione in momenti di progettazione e verifica dei risultati conseguiti nel sistema di welfare sussidiario.

Questa trasformazione di ruolo pone, all'interno del welfare della sussidiarietà due questioni: il funzionamento autonomo del sistema della sussidiarietà e il cambiamento di ruolo da parte dell'ente pubblico.

A fronte di questa situazione il Terzo settore nel sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari, dovrà assumere un ruolo sempre più strategico per la realizzazione di sinergie operative orizzontali nell'esecuzione delle politiche regionali di benessere personale e sociale. In tale contesto, in una logica di sussidiarietà orizzontale, si attribuisce al Terzo settore una responsabilità specifica di intervento nel sociale. La sussidiarietà orizzontale ha bisogno di passare da un sostegno politico a un consolidamento istituzionale: cultura e regole del gioco condivise, meccanismi e spazi di partecipazione stabili che si autoalimentano**,** incrociandosi con le responsabilità degli Enti locali, realizzando così il punto di incontro tra sussidiarietà orizzontale e verticale.

Per valorizzare il ruolo sociale del Terzo settore, quale soggetto operativo nel sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari, la Regione dovrà intervenire nel governo del sistema:

• consolidando ed innovando il sistema del partenariato quale modello di governance istituzionale che, nel riconoscimento dell'importanza reciproca dei diversi livelli di governo e dei differenti ruoli, favorisce il coinvolgimento di tutti gli attori della società civile nel processo di programmazione e attuazione delle politiche di sviluppo sociale; in questa prospettiva si inserisce l'attività del Tavolo del Terzo settore;

• diffondendo sul territorio regionale, iniziative di promozione delle partnership tra profit e non profit attraverso la Borsa dei progetti sociali con la sottoscrizione di accordi a livello provinciale fra le principali aziende/associazioni di categoria per l'individuazione di progetti comuni di responsabilità sociale d'impresa;

• incentivando il ruolo del Terzo settore, quale soggetto di innovazione ed evoluzione di un modello di welfare sussidiario e partecipato, con l'adozione di modelli sempre più avanzati di applicazione della sussidiarietà orizzontale ovvero entrando nel sistema di voucherizzazione dei servizi attraverso pratiche di outsourcing, stimolo alla progettualità e alla creazione di reti da parte dei soggetti privati;

• promovendo politiche di formazione di stimolo alla creatività sociale e di diffusione tra il pubblico e tra gli addetti delle best practices, al fine di una maturazione di una cultura autonoma rispetto alla dipendenza dal pubblico;

• attuando ogni azione possibile per perseguire un pieno federalismo fiscale;

• creando un punto di interlocuzione con il livello centrale (Ministero del Welfare, Conferenza Stato-Regioni) per favorire l'attuazione di politiche più coordinate e trasversali.

4.9.2 L'impresa sociale

In attuazione della sussidiarietà orizzontale e in un contesto di mercato del servizio, nasce un nuovo soggetto giuridico, che troverà la sua definizione nel decreto di attuazione della legge 13 giugno 2005, n. 118.

L'impresa sociale rappresenta una vera e propria rivoluzione nell'ordinamento nazionale e regionale in quanto ente che, differenziandosi dalle imprese commerciali, ma anche dal settore non profit tradizionale, è in grado di coniugare l'attività economica con la finalità sociale, dedicandosi senza scopo di lucro alla produzione di beni e di servizi di utilità sociale. La Regione promuove questo nuovo soggetto giuridico attraverso l'adozione di un atto normativo che recepirà i contenuti del decreto citato, assicurando la sua attiva partecipazione nella progettazione e realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari verso un modello di welfare community.

Promuovere l'Impresa sociale significa favorire lo sviluppo della funzione sociale e la dimensione economico/imprenditoriale dei diversi soggetti giuridici del mondo non profit che in essa si identificano condividendo le seguenti caratteristiche:

• la produzione di benefici per la comunità come scopo principale di un'iniziativa promossa da cittadini;

• un governo non basato sulla proprietà del capitale;

• una partecipazione allargata che coinvolga tutte le persone interessate all'attività;

• l'assenza di possibilità di distribuzione degli utili;

• un'attività di produzione di beni e servizi in forma continuativa;

• un elevato grado di autonomia;

• la presenza di forza lavoro in cui ricomprendere anche i volontari quali risorse umane organizzate.

Nelle organizzazioni del Terzo settore e di conseguenza nell'impresa sociale la missione viene perseguita mediante la produzione di beni e l'erogazione di servizi a forte impatto relazionale che li contraddistingue da altre imprese che pure riguardano la pubblica utilità. Tale prerogativa riserva all'impresa sociale un mercato particolare. Ciò significa che l'organizzazione deve individuare i destinatari dei beni e servizi, identificarne le necessità e le attese, farle conoscere a tutta l'organizzazione e motivare il personale nel perseguirle, studiare le metodologie di gestione dei processi più adatte alle necessità individuate e rilevare la soddisfazione dell'utente. La relazione tipica dell'impresa sociale non è quindi solo organizzazione e utente, ma è una relazione sociale che contribuisce allo sviluppo locale e sono proprietà non solo dei loro associati ma anche delle comunità che le hanno generate.

Nel decreto legislativo attuativo della legge delega sulla disciplina dell'impresa sociale, n. 118/2005, in fase di approvazione da parte del governo, non vengono espressamente indicati i benefici fiscali da riservare alle imprese stesse. L'assenza di tale previsione pregiudica fortemente il decollo dell'impresa sociale che in Lombardia trova un numero significativo di enti potenzialmente interessati all'acquisizione di tale qualificazione. L'intervento della Regione presso le sedi competenti sarà quindi finalizzato all'abbattimento delle barriere che possano inibire gli interessi generali da conseguire attraverso i decreti attuativi che il governo si è impegnato ad assumere.

4.9.3 Fondazioni di erogazione (grant making)

Uno dei nodi più complessi e delicati nel processo di riforma che in Lombardia sta ridisegnando in ottica sussidiaria il quadro del welfare regionale riguarda le fonti di finanziamento per le attività, i progetti e le azioni promosse dai soggetti del Terzo settore.

Il Pubblico (nelle sue diverse articolazioni) è oggi il principale finanziatore di questo sistema e quindi delle organizzazioni non profit che operano al suo interno, soprattutto in ambito sociosanitario e sociale. Gran parte di tali organizzazioni oggi gestisce in outsourcing, soprattutto per conto degli enti locali, una quota crescente del settore assistenziale pubblico.

Per fare crescere in termini di qualità, innovazione e capacità di risposta il welfare lombardo occorre che sempre più si realizzino le condizioni per passare dall'outsourcing alla corresponsabilità tra settore pubblico e settore non profit.

Se però consideriamo i fattori di autonomia e di sviluppo delle organizzazioni non profit, è lecito osservare che una dipendenza, quasi esclusiva, dalle risorse pubbliche può comportare una serie di conseguenze negative sulle attività e sulla natura delle organizzazioni stesse. Inoltre, una relazione tra «pubblico» e Terzo settore fondata prioritariamente sul trasferimento di risorse può costituire, anche per l'ente pubblico, una fonte di criticità e di contraddizioni nel momento in cui quest'ultimo è chiamato a realizzare un modello di governo sempre più centrato su funzioni di programmazione, partnership, accompagnamento e verifica dell'impatto delle politiche realizzate e, più in generale, di creazione di valore pubblico per la collettività.

Uno degli elementi di maggiore innovazione che sta caratterizzando il Terzo settore lombardo è rappresentato dall'affermarsi di organizzazioni che svolgono un'attività erogativa di risorse ad altre realtà non profit o, più in generale, per finalità di carattere sociale.

A questa tipologia – che si è sviluppata numericamente soprattutto negli ultimi anni – sono riconducibili:

– le fondazioni private di erogazione;

– le fondazioni delle comunità locali;

– le fondazioni d'impresa;

– le fondazioni di famiglia;

– le organizzazioni non profit che hanno come attività principale quella erogativa con finalità sociale;

– le organizzazioni straniere (trust, fondazioni) operanti in Italia.

Lo sviluppo di un settore formato da enti d'erogazione a carattere privato costituirà sempre di più uno strumento strategico fondamentale per l'autonomia del Terzo settore e per il consolidamento del modello di welfare sussidiario sviluppato in questi anni.

La Regione intende quindi avviare e realizzare, un confronto finalizzato all'individuazione di ambiti e modalità di collaborazione continuativa con le fondazioni grant making, secondo il modello di partenariato pubblico/privato promosso dall'azione di governo regionale.

L'avvio di modalità di confronto e collaborazione continuative potrà ridurre il rischio, da parte delle fondazioni, di interventi «parcellizzati» che non tengono conto del quadro complessivo di bisogni e opportunità presenti in un territorio e porterà:

– a creare reti di organizzazioni non profit più forti, competenti, ed efficaci, in grado di affrontare meglio i bisogni sociali;

– ad ampliare le risorse a disposizione attraverso una diversificazione delle fonti di finanziamento (canalizzazione di risorse private qualificate).

4.9.4 Associazionismo di solidarietà familiare

La legge 23/99 ha giocato la funzione di volano per il crescere ed il consolidarsi dell'associazionismo familiare, una realtà che trova nei servizi innovativi e nel legame con il territorio la sua vera forza; ad oggi risultano iscritte nel nostro registro ben 564 associazioni di solidarietà familiare.

L'associazionismo familiare ha giocato in questi anni un ruolo chiave nel progettare e realizzare localmente soluzioni e servizi innovativi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza ed anche per iniziative di sensibilizzazione e formazione rivolte ai genitori e di promozione del ruolo attivo della famiglia nella prevenzione del disagio e dei fattori sociali di rischio.

Attraverso i progetti realizzati è stato possibile individuare le soluzioni maggiormente significative che hanno ampliato la gamma di offerta dei servizi per la prima infanzia (es. centri prima infanzia, nido famiglia).

L'associazionismo familiare, grazie al capitale di esperienza che ha realizzato in questi anni e alla specificità che esso rappresenta all'interno del panorama delle organizzazioni di Terzo settore lombardo, potrà concretamente contribuire ad approfondire il percorso sinora realizzato con la l.r. 23/99 ed a sviluppare tutte le potenzialità in essa ancora presenti: dall'introduzione di strumenti reddituali e fiscali per agevolare le famiglie numerose, alla definizione di programmi per le politiche di conciliazione e di sostegno alla maternità, allo sviluppo di azioni a supporto delle funzioni di cura della famiglia.

La Consulta regionale delle associazioni familiari, costituita nel 2001, continuerà ad essere un interlocutore di riferimento per la politica familiare della Regione. Attraverso un percorso comune di confronto, riflessione e valorizzazione delle esperienze di solidarietà e partecipazione essa formula pareri e proposte in ordine alla predisposizione degli atti di programmazione regionale che riguardano la politica per la famiglia, nonché in ordine all'attuazione della medesima.

La Regione promuoverà ulteriormente il ruolo delle associazioni di solidarietà familiare e la loro capacità di proporsi come parte attiva nei sistemi locali di welfare quale espressione della cultura familiare, dei suoi obiettivi e delle sue modalità di declinazione, stimolando l'affermazione di forme di rappresentanza consultiva alla programmazione e alla verifica dei servizi destinati alla tutela e promozione della famiglia, in particolare nei piani di zona e favorendo la realizzazione di iniziative di formazione congiunta e scambio tra le istituzioni locali e le associazioni familiari.

4.9.5 Il servizio civile

La recente approvazione della legge regionale n. 2/06 in materia di servizio civile in Lombardia è la massima espressione della volontà di sostenere l'alto valore del Servizio Civile, inteso come opportunità di educazione alla cittadinanza attiva ed un importante impegno solidaristico per il bene di tutti i cittadini. La Regione Lombardia ritiene il servizio civile, oltre che una leva strategica per la realizzazione del bene comune, una importante occasione di crescita personale per i giovani e un prezioso strumento per aiutare le fasce più deboli della società contribuendo allo sviluppo sociale, culturale ed economico del nostro Paese e del nostro territorio.

L'importanza assegnata agli attori sociali e istituzionali coinvolti, trova un riconoscimento preciso nella previsione normativa di un «Sistema del servizio civile volontario in Lombardia» costituito dalla rete di soggetti istituzionali, del Terzo settore e del mondo del lavoro e della formazione. Tali soggetti sono chiamati ad una funzione attiva e se ne prevede il coinvolgimento in varia misura, attraverso propri rappresentanti, nella Conferenza sul servizio civile, nell'Organismo regionale permanente sulla formazione per il servizio volontario e nel Tavolo regionale permanente di consultazione sul servizio civile volontario in Lombardia.

Dal 2006 saranno delegate alla Regione alcune funzioni di servizio civile nazionale, attraverso un passaggio di competenze che riguarderanno l'attivazione di Albi regionali/nazionali e poi, gradualmente, tutte le azioni previste dal decreto n. 77/02. La messa a sistema del servizio civile sul nostro territorio avverrà in stretto raccordo con gli stakeholders, con gli organismi rappresentativi degli Enti locali, con gli enti di volontariato e quelli non profit.

La Regione Lombardia, attraverso l'adozione della legge sul servizio civile in Lombardia, del successivo regolamento attuativo e delle circolari applicative, sarà chiamata a delineare tra le altre cose:

• I criteri per l'organizzazione e lo svolgimento del servizio civile regionale, anche attraverso l'inserimento dei giovani in servizio civile nel sistema sociale e sociosanitario;

• l'iscrizione degli enti di servizio civile, attraverso la l'istituzione di albi su scala regionale;

• l'organizzazione di corsi di formazione per i giovani in servizio civile e per i responsabili locali dei progetti degli enti;

• l'esame, l'approvazione e la messa a bando dei progetti anche sperimentali presentati dagli enti pubblici e dalle organizzazioni del privato sociale;

• il monitoraggio, il controllo e la verifica dell'attuazione dei progetti;

• le modalità di informazione, valorizzazione e promozione.

4.10 La semplificazione amministrativa in ambito sociosanitario e sociale

In un'ottica di riforma del Titolo V della Costituzione, che ha attribuito potestà legislativa esclusiva (o residuale) alle Regioni in materia di assistenza sociale e prestazioni socio-assistenziali, e in piena attuazione dei principi di semplificazione amministrativa e di riordino della normativa regionale, la regione intende promuovere interventi normativi e procedurali volti a semplificare, snellire e a rendere trasparenti e omogenee le azioni e gli interventi in ambito sociale e sociosanitario attraverso:

• approvazione e attuazione del testo di legge «sul governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario» e a quello «sulle organizzazioni non profit e sull'impresa sociale». In particolare, l'approvazione del testo legislativo «sulle organizzazioni non profit e sull'impresa sociale» consentirà di giungere ad un'unitaria definizione di organizzazione non profit, che attualmente si presenta scomposta in tanti segmenti (volontariato, associazionismo di promozione sociale, cooperazione sociale, enti regolati dal libro I) regolati da leggi speciali, in grado comunque di mantenere il quadro delle specificità oggi esistenti, pur riconoscendo e valorizzando le rispettive peculiarità e caratteristiche delle singole persone giuridiche di diritto privato, ad un utilizzo agevolato di forme di lavoro anche atipico e ad una disciplina fiscale agevolativi;

• completamento del processo di trasferimento di funzioni in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sociali e sociosanitarie e di vigilanza e controllo sulle persone giuridiche private operanti nel settore sociale e sociosanitario;

• l'attuazione del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445: «Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa».

Coerentemente con tali obiettivi si intendono attivare le seguenti azioni:

• procedere ad una revisione della normativa nazionale e regionale, operando un riordino legislativo e procedurale, attuando una semplificazione delle norme che disciplinano il sistema integrato degli interventi e servizi sociali e socio-sanitari e utilizzando un linguaggio «aggiornato e trasparente» e prestare attenzione ad una comunicazione efficace e chiara nei confronti dei cittadini e degli erogatori di servizi;

• adottare, con provvedimenti amministrativi, di linee di indirizzo per l'esercizio omogeneo nel territorio regionale delle funzioni di autorizzazione, sospensione e revoca dell'accreditamen-

to delle strutture socio sanitarie e socio assistenziali e delle funzioni di vigilanza e controllo sulle persone giuridiche di diritto privato e definizione dei requisiti e modalità per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento e della revoca dell'accreditamento delle strutture sociali e sociosanitarie;

• estendere gli strumenti di autocertificazione laddove i soggetti interessati richiedano l'iscrizione nei registri regionali e la presentazione di progetti finanziati dalla regione;

• diffondere, nel sistema dell'autorizzazione al funzionamento delle strutture sociali e socio sanitarie, l'utilizzo dello strumento della perizia asseverata.

4.11 Il Governo degli Ospedali pubblici

4.11.1 L'attivazione di sperimentazioni gestionali/collaborazioni pubblico privato e la trasformazione di Aziende o parti di esse in Fondazioni

La ristrutturazione e la realizzazione di nuovi ospedali pubblici dovrà essere realizzata attraverso il coinvolgimento responsabile nella programmazione sia delle istituzioni pubbliche e private che delle autonomie locali, sociali e funzionali.

La ricerca di un nuovo legame con il territorio sollecita peraltro l'individuazione di nuove forme di «partecipazione» che consentano un maggior coinvolgimento delle istituzioni e delle autonomie in grado di rappresentare le richieste e le necessità locali.

Una delle formule che possono essere a tal fine utilizzate è rappresentata dalla collaborazione pubblico-privato/sperimentazione gestionale, modalità che consente di coinvolgere autonomie locali, soggetti/istituzioni private, nell'avvio di proposte progettuali dirette alla riqualificazione strutturale di presidi ovvero alla sperimentazione di nuove formule gestionali/organizzative aziendali; tali formule devono garantire un processo trasparente di attivazione e monitoraggio dell'esperienza, mantenendo, nel contempo, il ruolo di governo e controllo proprio dell'ente pubblico, che si esercita attraverso le aziende sanitarie e la Regione **(15)**.

Saranno autorizzate sperimentazioni gestionali per una durata temporale che sia in stretta connessione e tenga conto del volume degli investimenti effettuati dal privato, per la messa a norma dell'immobile e per il rinnovo delle apparecchiature medicali.

Le singole aziende sanitarie ospedaliere sono chiamate: ad analizzare i propri principali fabbisogni strategici territoriali, al fine di individuare i modelli giuridici più appropriati; a fornire le principali linee d'azione e di attività; a monitorare e controllare la gestione, il corretto adempimento delle azioni progettuali ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Attraverso il confronto con gli Enti locali e la società civile, si potrà optare tra diverse soluzioni gestionali, tra cui, in particolare, le fondazioni di gestione a prevalenza pubblica, le associazioni tra ospedali, ovvero, più in generale, le sinergie pubblico-privato per la riqualificazione delle strutture ospedaliere.

La soluzione della «fondazione di gestione» (fondazione di partecipazione a gestione diretta), nella misura in cui non comporti una mera moltiplicazione dei soggetti coinvolti nell'ambito della sanità lombarda, ma si traduca nella diretta gestione dei servizi sanitari da parte di un ente che sembra meglio rispecchiare le esigenze dei tempi, permetterà realmente di recuperare il ruolo dei soggetti e delle istituzioni che «gravitano» attorno alle strutture ospedaliere, coinvolgendoli nella responsabilità finanziaria, consentendo quindi la sintesi delle differenti esigenze espresse dal territorio. A livello locale, si sviluppano infatti forti attenzioni alla creazione di servizi e alla loro valutazione. In questa direzione, appare dunque opportuno sviluppare nuove formule gestionali che sappiano coniugare responsabilità locali e responsabilità regionale, in una dialettica che sia in grado di rafforzare l'autonomia delle Aziende e la responsabilità sui risultati. L'utilizzo dell'istituto giuridico della «Fondazione di gestione» a prevalenza pubblica consente infatti alle forze culturali ed istituzionali esistenti di manifestarsi in forme innovative, poiché il capitale sociale non è risorsa da disperdersi.

Affinché tali obiettivi possano essere raggiunti, la fondazione dovrà essere retta da norme statutarie che garantiscano il funzionamento dell'ente secondo regole di matrice pubblicistica, confermandone la natura pubblica. Altrettanto strategica deve ritenersi la tutela, *stricto sensu*, degli interessi pubblici, che potrà essere realizzata attraverso il mantenimento delle funzioni di controllo in capo ai soggetti pubblici. Alla luce di tali esigenze, la Regione Lombardia, attraverso l'assessorato alla sanità, promuoverà la predisposizione di uno statuto–tipo che, in via inderogabile, dovrà essere adottato in sede di implementazione di questo tipo di sperimentazione gestionale.

Sulla base dell'esperienza acquisita dal 1999-2000 ad oggi, si ritiene possibile migliorare il processo di autorizzazione/avvio/realizzazione/monitoraggio dei progetti attraverso l'implementazione di azioni finalizzate a:

– migliorare i servizi resi all'utenza sulla base di un'attenta analisi dei fabbisogni rilevati a livello territoriale;

– attivare esperienze di collaborazione pubblico-privato/sperimentazione gestionale, al fine del miglior utilizzo delle risorse disponibili, da verificarsi anche in rapporto al livello della qualità e del soddisfacimento degli utenti;

– sviluppare, sulla base della piattaforma sanitaria, l'innovazione e l'adeguamento tecnologico per fini di utilità pubblica;

– sviluppare le strutture non ospedaliere erogatrici sul territorio, con la riduzione dei costi impropri;

– sviluppare una maggiore integrazione tra sanità e assistenza, salvaguardando le fasce deboli della popolazione;

– coinvolgere in modo più attivo, con relativa assunzione di responsabilità economico-finanziaria, i soggetti esterni interessati alla sperimentazione, fermo restando che le aziende sanitarie dovranno comunque: 1) mantenere l'importante ruolo di definizione dei propri fabbisogni strategici e quindi di individuazione della soluzione gestionale più opportuna; 2) fornire le principali linee d'azione e di attività; 3) monitorare la gestione, l'adeguato adempimento delle azioni progettuali ed il perseguimento degli obiettivi proposti; 4) garantire il costante aggiornamento della Regione sull'andamento della sperimentazione;

– attivare progetti di eccellenza scientifica attraverso la promozione di strumenti di collaborazione pubblico-privato che sviluppino know-how scientifico con l'utilizzo delle risorse già disponibili presso le strutture sanitarie pubbliche, opportunamente integrate da risorse private (intese come risorse umane, tecnologiche e finanziarie), per l'implementazione di tecnologie e modelli di cura.

Sarà inoltre promossa la costituzione di organismi consortili o di altre forme di aggregazione tra le A.O. pubbliche anche attraverso l'istituzione, in forma sperimentale, di Dipartimenti interaziendali funzionali (ad esempio per la ricerca, la formazione e l'assistenza pediatrica), al fine di renderle più competitive grazie alla rafforzata capacità negoziale, alla condivisione di servizi di supporto, alla non duplicazione delle unità di offerta che realizzino economie di scala.

In relazione alle esperienze/progetti da avviare, oltre al citato strumento della Fondazione «di gestione» (che rappresenta comunque il principale modello di sperimentazione gestionale), potrà essere preso in considerazione anche il ricorso agli strumenti dell'associazione in partecipazione (come disciplinata dall'art. 2549 e seguenti del c.c.) e della concessione di costruzione e gestione (art. 19 della l. 109/94, come modificato ed integrato), prestando sempre grande attenzione alla salvaguardia dell'interesse pubblico soprattutto nell'esternalizzazione dei servizi.

4.11.2 Gli investimenti

Gli interventi del livello regionale in materia di investimenti sul patrimonio ospedaliero pubblico sono volti a:

– definire attraverso piani programmatici pluriennali le strategie e gli indirizzi per rispondere ai bisogni di ammodernamento e riqualificazione funzionale della rete sanitaria lombarda secondo principi di equa distribuzione dei servizi sull'intero territorio regionale;

– valutare, validare e condividere con le Aziende Sanitarie, coerentemente alla programmazione regionale, il piano delle opere di riqualificazione strutturale, tecnologica, impiantistica e di sviluppo delle strutture sanitarie secondo i più moderni principi, al fine di renderle idonee al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini;

– responsabilizzare le stazioni appaltanti (siano esse le Aziende Sanitarie o la società regionale Infrastrutture Lombarde

(15) Nelle collaborazioni pubblico-privato, le singole aziende sanitarie ospedaliere sono infatti chiamate: ad analizzare i propri principali fabbisogni strategici territoriali, al fine di individuare i modelli giuridici più appropriati; a fornire le principali linee d'azione e di attività; a monitorare e controllare la gestione, il corretto adempimento delle azioni progettuali ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

s.p.a.) all'attuazione di soluzioni progettuali coerenti con le linee strategiche di sviluppo e ammodernamento tracciate dal presente Piano, nonché con il rispetto dei tempi e dei costi di esecuzione dei lavori, perseguendo, ove ve ne siano le condizioni, economie di scala;

– prevedere la compartecipazione finanziaria delle aziende e dei soggetti privati agli investimenti, attraverso forme innovative di appalto quali la concessione di costruzione e gestione, il project financing, il leasing immobiliare e i fondi immobiliari, ricercando le formule più vantaggiose per il pubblico;

– valutare la convenienza dell'attivazione di formule di finanziamento anche mobiliare tramite leasing;

– snellire i percorsi procedurali ed accelerare i tempi di erogazione dei finanziamenti regionali e statali;

– considerare il patrimonio immobiliare pubblico come una ricchezza da tutelare e da valorizzare ai fini della produzione di «valore pubblico» attraverso i sistemi previsti dalla programmazione negoziata o dalle altre forme di concertazione.

Nel triennio sarà valorizzato il percorso regionale di validazione degli investimenti **(16)**, affinché nella stessa fase preliminare di valutazione ed approvazione degli interventi sia verificata la conformità del progetto agli obiettivi della programmazione socio-sanitaria.

Le innovazioni da implementare dovranno riguardare soprattutto i seguenti aspetti:

– investimenti del patrimonio umano: sviluppare professionalità e competenza;

– investimenti in tecnologie sanitarie e reti informatiche: perseguire la massima efficienza ed efficacia di impiego anche attraverso l'utilizzo condiviso ed ottimizzato su più presidi e/o Aziende sanitarie (aree di diagnostica e di refertazione consorziate in rete);

– modelli edilizi: privilegiare soluzioni tecnologiche che consentano la massima flessibilità distributiva ed impiantistica e la realizzazione dell'opera in tempi brevi.

Le azioni sopra citate, ove possibile e nel rispetto della legge in vigore, avranno il supporto anche di Infrastrutture Lombarde s.p.a. e prevedranno l'attuazione di procedure di appalto e l'applicazione di modelli finanziari innovativi (project financing, concessione di costruzione e gestione, fondi immobiliari, leasing, sperimentazioni gestionali e out-sourcing) che consentano il concorso di risorse private.

Dati i crescenti costi, l'ammodernamento della rete dei servizi pubblici deve infatti essere perseguito non solo attraverso diretti investimenti pubblici, ma anche attraverso la capacità di attrazione di altre risorse.

In particolare, si tratta di sviluppare il percorso, già positivamente avviato, finalizzato a generare progetti che possano trovare interlocutori interessati al finanziamento sia a livello nazionale che internazionale, nonché tra soggetti pubblici e privati (profit e no profit).

4.11.3 Il patrimonio strutturale ed i finanziamenti in conto capitale

a) Le strutture – Necessità di adeguamento e razionalizzazione

I dati del censimento attuato nel primo semestre 2005 indicano la consistenza del patrimonio strumentale delle aziende sanitarie lombarde in 5,4 milioni di metri quadri di superficie lorda di pavimento. La conoscenza puntuale della consistenza del patrimonio edilizio istituzionale già esistente (disponibile online a tutte le Aziende sanitarie lombarde) è lo strumento essenziale per stimare in modo attendibile il fabbisogno finanziario per la sua efficiente conservazione.

Vi è l'esigenza di rendere più veloce e tempestivo l'adeguamento delle strutture; è dunque importante introdurre ulteriori semplificazioni alle procedure autorizzative; è necessario che le scelte strategiche delle Aziende sanitarie che impegnano il sistema a lungo termine (nuovi ospedali, ampliamenti e ristrutturazioni significative) siano preventivamente oggetto di confronto e successivamente validate dalla Regione, nell'ottica di un governo strategico delle decisioni strutturali che interessano la programmazione generale.

Gli interventi più urgenti di manutenzione ordinaria e straordinaria, nonché gli adeguamenti impiantistici, ancorché prioritari, dovranno di norma essere affrontati con i mezzi di bilancio delle aziende sanitarie.

I finanziamenti regionali saranno quindi rivolti, di norma:

– a opere significative finalizzate esclusivamente alla riqualificazione funzionale e organizzativa dei presidi sanitari ed aventi rilevante impatto sulla qualità e profilo dell'offerta sanitaria;

– alla costruzione di nuovi ospedali;

– al potenziamento di ospedali esistenti;

– alla riconversione di piccoli presidi;

– alla realizzazione/riqualificazione, anche patrimoniale, di strutture di prossimità territoriale.

b) Le strutture psichiatriche in dismissione – L'alienazione degli ex O.P.

In attuazione della l. 180/1978, i pazienti degli Ospedali Psichiatrici sono stati dimessi e reintegrati nella rete dei servizi territoriali; tale situazione ha liberato, quasi completamente, i 12 siti ove insistevano tali ospedali. La consistenza stimata degli immobili sede degli ex O.P. è di quasi 400.000 metri quadri di superficie lorda di pavimento, per oltre 1,3 milioni di metri quadri di superficie fondiaria.

Tale ingente patrimonio, spesso di alto valore ambientale e storico, onde non gravare inutilmente sui bilanci aziendali per le notevoli risorse di manutenzione che richiede, deve essere alienato ovvero, dove necessario, adeguato ad ospitare attività sanitaria e/o territoriale, residenziale e semiresidenziale, riguardante l'ambito della salute mentale.

Le Aziende sanitarie, nel rispetto degli obiettivi nazionali di cui alle leggi 724/94 e n. 662/96, 449/97 devono utilizzare i proventi derivanti dalla eventuale cessione parziale o totale del patrimonio ex O.P. per il finanziamento di nuove attività destinate ad ampliare l'offerta di prestazioni e servizi di salute mentale sul territorio.

c) Osservatorio regionale degli investimenti di edilizia sanitaria

La consistenza, la varietà e la rilevanza economica degli interventi di nuova costruzione, ammodernamento, riqualificazione e messa in sicurezza del patrimonio edilizio sanitario in atto in Regione Lombardia, nonché l'interesse strategico che tali interventi rivestono nella ristrutturazione della rete fisica assistenziale e nella capacità di supportare il rapido e dinamico cambiamento dei processi di diagnosi e cura, rendono necessario istituire l'Osservatorio regionale degli investimenti di edilizia sanitaria.

L'Osservatorio dovrà costituire un valido strumento di supporto al processo di programmazione, validazione, monitoraggio e valutazione degli investimenti strutturali della rete degli ospedali e delle strutture territoriali del sistema sanitario regionale. L'Osservatorio, inoltre, dovrà rappresentare un elemento atto a favorire la verifica dell'efficace impiego dei fondi, coerentemente con gli obiettivi e i bisogni sanitari tracciati dal Piano sanitario regionale.

È pertanto necessario implementare la banca dati delle opere di edilizia sanitaria che consenta di avere una visione complessiva della consistenza patrimoniale, dello stato di conservazione delle strutture e degli interventi di ammodernamento in atto.

La Regione emanerà linee guida per la raccolta, elaborazione, analisi e conservazione dei dati di edilizia sanitaria, cui dovranno attenersi le aziende sanitarie e gli IRCCS di diritto pubblico al fine di assicurare l'appropriato e puntuale aggiornamento del sistema.

L'osservatorio regionale degli investimenti di edilizia sanitaria, sarà articolato nelle sezioni di seguito individuate:

– censimento;

– classificazione;

– monitoraggio;

– benchmarking delle iniziative, determinazione dei parametri di costo standardizzati, confronto/comparazione dei dati su scala regionale e nazionale.

d) Osservatorio regionale delle Tecnologie biomedicali

L'Osservatorio deve costituire uno strumento conoscitivo e di scambio informativo basato su dati oggettivi utili a perseguire

(16) Realizzazione dei nuovi ospedali di Bergamo, Como, Vimercate, Legnano, Broni-Stradella e della piastra tecnologica e torre di degenze del nuovo ospedale di Niguarda (prima fase);

– avvio dei lavori nei presidi di Garbagnate, Monza, Busto Arsizio, Gavardo, Spedali Civili di Brescia;

– ammodernamento degli ospedali esistenti attraverso interventi diffusi.

un'appropriata e consapevole domanda di tecnologie, e quindi a promuovere l'equilibrio del mercato in un rapporto corretto e maturo tra domanda e offerta.

La valutazione delle tecnologie sanitarie e la loro scelta rivestono un'importanza primaria nella pratica medica, nonché nelle implicazioni organizzative ed economiche di sistema.

La scelta va dunque attentamente basata su evidenze scientifiche e su standard qualitativi e quantitativi in modo da creare una disponibilità omogenea e ottimale sull'intero territorio regionale.

È pertanto necessario consolidare e implementare, sotto la diretta responsabilità tecnico-scientifica della direzione regionale competente, l'attività dell'Osservatorio regionale prezzi e codifica delle tecnologie biomedicali avviata sperimentalmente nel 2000, in modo da supportare adeguatamente le Aziende sanitarie e il sistema regione nelle scelte di programmazione sanitaria delle bio-tecnologie e fare in modo di conoscere con maggiore dettaglio:

– la consistenza e lo stato di conservazione del patrimonio tecnologico biomedico delle singole Aziende e del sistema regionale lombardo;

– i criteri di inventariazione, acquisizione, selezione e controllo;

– le metodologie e i protocolli di utilizzo e gestione appropriata delle tecnologie biomediche;

– le modalità di redazione dei piani di ammortamento;

– gli standard di efficacia e sicurezza a livello diagnostico e terapeutico;

– le analisi costo-beneficio;

– le aree di priorità.

La Regione emanerà linee guida per la raccolta, elaborazione, analisi e conservazione dei dati relativi alle tecnologie biomedicali cui le aziende sanitarie e gli IRCCS di diritto pubblico dovranno attenersi.

Viene in tal modo riconfermata l'esigenza di completare e implementare la banca dati esistente con nuovi elementi propedeutici alla programmazione, al fine di rendere disponibili a tutte le strutture sanitarie lombarde, tramite Internet, quelle informazioni tecnico-economiche sulle tecnologie biomediche che offrono un utile supporto conoscitivo nei processi di acquisizione, selezione e controllo dei dispositivi di diagnostica strumentale.

L'Osservatorio deve pertanto costituire uno strumento conoscitivo e di scambio informativo basato su dati oggettivi utili a perseguire un'appropriata e consapevole domanda di tecnologie, e quindi a promuovere l'equilibrio del mercato in un rapporto corretto e maturo tra domanda e offerta.

e) Le disponibilità finanziarie

L'esigenza di utilizzare in modo efficiente ed efficace le risorse disponibili per ottimizzare la rete dei servizi e soddisfare i requisiti di accreditamento richiede di vincolare l'utilizzo dei fondi pubblici (regionali e statali) ad un'attenta e completa programmazione degli interventi. Per tale motivo, si rende indispensabile che ogni Azienda sanitaria rediga un piano complessivo delle opere di riqualificazione strutturale, tecnologica e impiantistica correlato allo sviluppo delle attività sanitarie. Come richiamato al punto a) di questo capitolo, tale piano sarà oggetto di valutazione e validazione da parte della Regione, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale.

f) Le procedure – Il project management

Devono essere ulteriormente semplificate le procedure di erogazione dei fondi pubblici per permettere alle aziende sanitarie pubbliche un pronto impiego dei fondi ed una veloce realizzazione delle opere necessarie alla riqualificazione della rete dei servizi. Saranno analizzate le possibilità di gestire i fondi «pronta cassa» per permettere agli enti realizzatori l'impiego dei fondi stanziati; saranno utilizzati criteri premianti per le stazioni appaltanti in grado di anticipare i tempi previsti di realizzazione delle opere e criteri penalizzanti per coloro che non riusciranno a gestire i tempi preventivati, diminuendo le percentuali di cofinanziamento.

Ruolo centrale sarà svolto dal monitoraggio compiuto dall'amministrazione regionale al fine di prevenire i ritardi nelle realizzazioni ed effettuare eventuali correttivi nei piani di investimento.

g) Strumenti di finanza innovativa

Il processo di cambiamento fondato sull'aziendalizzazione ha evidenziato l'esigenza di focalizzare l'attenzione sugli aspetti più strettamente connessi all'economicità e al livello qualitativo delle prestazioni erogate, nonché di risolvere il problema delle risorse finanziarie.

I risultati ottenuti dal sistema sanità della Lombardia, inducono a confermare l'impiego di strumenti di finanza innovativa per la valorizzazione del patrimonio delle aziende sanitarie pubbliche. Si tratta di favorire e accelerare tutte quelle iniziative che possono consentire alla regione di migliorare lo stato della liquidità e le disponibilità per investimenti.

5. La formazione, la ricerca e l'innovazione

5.1 La valutazione delle tecnologie in termini di efficacia e di costi come priorità di un programma di eccellenza

L'health technology assessment è definita come la valutazione delle tecnologie (farmaci, device medicali e procedure cliniche) attraverso una rassegna sintetica e sistematica dell'evidenza scientifica. Tale valutazione si occupa di analizzare costi ed effetti delle tecnologie, intese nel senso più ampio, e le informazioni che produce sono strutturate per costituire un valido strumento di impostazione delle politiche pubbliche e dei processi decisionali in sanità. Negli ultimi 20 anni, molti Paesi industrializzati hanno impostato e rafforzato una politica formale di sostegno e diffusione per l'HTA. Sono così sorte Agenzie nazionali di HTA che hanno avuto – e continuano ad avere sempre di più – un ruolo crescente nei processi decisionali a livello nazionale e internazionale. Per tecnologia sanitaria, in una accezione ampia del termine, si intendono tutti gli strumenti, le attrezzature, i farmaci e le procedure utilizzate nell'organizzazione dei servizi sanitari, nonché le strutture organizzative preposte all'erogazione di tali servizi. «Health technology» è un'espressione con cui, a livello internazionale, per convenzione, si intende ogni metodo utilizzato per promuovere la salute, prevenire e trattare una malattia, migliorare la riabilitazione o definire criteri di cura e assistenza a lungo termine. In questo contesto, le «tecnologie» non sono soltanto i nuovi farmaci o le apparecchiature sofisticate, ma anche le procedure, le modalità di assistenza ed i programmi di screening. In altri termini, nel linguaggio della HTA, «health technology» copre ogni metodo usato da coloro che lavorano nei servizi sanitari per promuovere la salute, prevenire e trattare una malattia o una specifica condizione clinica, migliorare la riabilitazione e l'assistenza a lungo termine.

Il progresso delle tecnologie deve necessariamente rispondere ad alcuni criteri di riferimento fondamentali, così definiti:

– *l'appropriatezza*: la centralità di questo termine si afferma contestualmente alla diffusione della medicina basata sulle prove di efficacia, nonché come esito dei processi di «delimitazione» delle risorse economiche promossi a partire dagli anni '90 con l'avvio delle riforme sanitarie. Nel contesto dell'appropriatezza, le scelte politiche e operative devono infatti essere orientate alla ricerca sistematica di prestazioni sanitarie efficaci, all'ottimizzazione del rapporto efficacia-costo e alla definizione delle priorità sociali da perseguire; conseguentemente, la prestazione sanitaria è considerata appropriata se viene percepita come «la cosa giusta al soggetto giusto, al momento giusto, da parte dell'operatore giusto, nella struttura giusta»;

– *l'efficacia*: è un indicatore che misura la capacità di una prestazione sanitaria di raggiungere determinati obiettivi di salute. L'efficacia è data dal rapporto tra i risultati finali – in termini di miglioramento della salute attribuibile alle prestazioni sanitarie erogate (outcome) – e le prestazioni stesse (output);

– *l'efficienza*: l'efficienza indica la capacità di produrre migliori risultati quali-quantitativi a parità di risorse, ovvero di produrre gli stessi risultati con un minore impiego di risorse. Essa è data dal rapporto tra le prestazioni prodotte (output) e le risorse impiegate per produrle (input);

– *la qualità*: il concetto di qualità riguarda gli aspetti legati all'efficacia, all'efficienza, all'equità e all'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. A tale proposito, diversi articoli del d.lgs 502/92 richiamano l'esigenza di assunzione di responsabilità degli erogatori in ordine ai livelli di qualità delle prestazioni, con particolare riferimento all'accreditamento, al controllo della qualità, alla personalizzazione, all'umanizzazione, al diritto di informazione e al comfort delle prestazioni alberghiere. Gli ambiti in cui più frequentemente vengono applicati i processi di valutazione e miglioramento della qualità in sanità sono quelli professionale, gestionale, della qualità percepita e dei risultati.

Regione Lombardia intende assumere pienamente questo ap-

proccio metodologico nell'attività di governo del Sistema sanitario lombardo.

5.2 La formazione

Nell'ambito della formazione, è necessario considerare che:

• il «fattore personale» è, anche in termini economici, la principale voce del sistema socio-sanitario;

• dalle risorse umane dipende la «*qualità*» dei servizi e la sua possibilità di «*sviluppo sostenibile*». Solo miglioramenti nell'organizzazione dell'impiego e nell'ottimizzazione delle performance individuali consentono, infatti, di garantire l'appropriatezza della risposta alla domanda di salute del cittadino, conducendo al superamento del modello di sviluppo praticato nei decenni passati, basato sull'*estensione quantitativa dei servizi e del conseguente fabbisogno di personale*;

• rispetto alla formazione di base, del personale laureato e degli operatori di supporto, è necessario perfezionare la rilevazione e conseguentemente determinare i fabbisogni del sistema sanitario e del welfare in base ai quali impostare la programmazione regionale; l'obiettivo da perseguire è la realizzazione di strategie condivise ed azioni sinergiche tra tutti gli attori che intervengono nei processi di formazione ed orientamento della domanda formativa: università, regione, province, ordini professionali, strutture sanitarie pubbliche e private e centri/agenzie di formazione professionale;

• oltre all'esigenza di garantire la formazione di base, si pone la necessità di mantenere e accrescere le competenze di tutto il personale in servizio mediante adeguati strumenti di formazione continua. In particolare sarà curata una formazione alla competenza interpersonale, in funzione di una umanizzazione dei servizi.

La formazione continua, in coerenza con le linee di indirizzo della programmazione regionale, sarà finalizzata all'adeguamento delle competenze, capacità e conoscenze del personale e dovrà realizzarsi in sintonia con i processi di innovazione in campo sanitario, tecnologico ed organizzativo.

5.3 Il ruolo dell'Università

Il modello sanitario lombardo, prefigurato nella legge 31, si è dimostrato valido ed il PSSR 2007/2009 ne persegue il completamento, ponendosi come primario obiettivo, nell'area dei servizi alla persona, la qualificazione e valorizzazione delle risorse umane, professionali e scientifiche.

Particolare attenzione andrà quindi rivolta all'insieme delle realtà sia di ricerca sia di assistenza la cui valorizzazione e utilizzazione ai fini formativi e scientifici rappresenterà un elemento cardinale del sistema.

Alle sei Facoltà Mediche del «Sistema Lombardo» verrà quindi dedicata grande attenzione affinché le funzioni didattiche e scientifiche associate alle attività assistenziali già operanti nel contesto delle strutture del Servizio Sanitario Regionale possano essere svolte al meglio nell'ambito dei compiti istituzionali loro assegnati.

Gli scopi comuni a Regione, Università e realtà che operano sul territorio vanno conseguiti con il ricorso allo strumento della «convenzione», da trasformarsi, in una concezione diversa e più moderna, in un rapporto effettivamente sinergico tra le due Istituzioni (Regione ed Università) a forte valenza sociale.

Per realizzare tale progetto, l'azione congiunta di Regione e Università deve essere improntata a criteri quali la condivisione inter-istituzionale della dimensione culturale e sociale del progetto, la corresponsabilità nell'impegno di progettazione ed attuazione, il rispetto reciproco dei ruoli istituzionali, la valorizzazione della ricerca e della formazione come investimenti socialmente produttivi, la centralità dello studente e della persona (sana o malata) e la qualità dell'assistenza sanitaria erogata e la corresponsabilità nella gestione economica.

Nel rispetto di quanto indicato dall'art. 6, comma 1, del d.lgs. 502/92 e dall'art. 5 della l.r. 31/97, la partecipazione delle Università alla elaborazione degli atti di programmazione regionale attualmente riguarda diversi ambiti correlati all'esercizio dei compiti istituzionali nel campo della formazione *pre*-laurea, *post*-laurea e di diploma e della ricerca medica finalizzata. A tale riguardo, sentiti gli ordini professionali, la Regione e le Università svilupperanno maggiori sinergie nella definizione dei bisogni formativi legati alle varie specialità, in modo da fronteggiare meglio le emergenze professionali (anestesisti, pediatri, infermieri, ecc.) anche grazie ad un coinvolgimento sempre più determinato delle strutture ospedaliere come «tutor» di formazione degli specializzandi.

La collaborazione con il mondo universitario dovrà inoltre svilupparsi anche al di fuori delle «storiche» facoltà mediche, perché diviene sempre più necessario dare una risposta efficace ai bisogni di formazione delle professioni non mediche con specialità nell'economia sanitaria, nella bio-ingegneria, scienze umane, ecc.

5.4 La rete regionale della formazione, della ricerca e dell'assistenza

Elemento centrale della nuova visione dei rapporti fra Regione e Università è la costruzione della rete regionale della formazione, della ricerca e dell'assistenza, articolata in tipologie di strutture sanitarie.

Della rete fanno parte i Poli Universitari, che sono i sei (numero considerato sufficiente da parte dei Presidi) già individuati con le linee guida del '99 (d.g.r. 6/46798 del 3 dicembre 1999): tale modello è stato introdotto in Italia dalla Regione Lombardia e dalle Università Lombarde, ed è stato successivamente utilizzato anche da altre Regioni.

La rete dovrà porre particolare attenzione al coinvolgimento di strutture sanitarie territoriali e di operatori: Aziende miste, Strutture riabilitative, Hospices, Strutture per lungodegenti, Specialisti, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, ecc.

All'interno della Rete Regionale Lombarda della formazione, della ricerca e della assistenza, l'articolazione di compiti e ruoli proposta prevede i seguenti ambiti di formazione:

• Formazione dei ricercatori

• Formazione del medico, dell'odontoiatra e del personale sanitario

• Formazione dello specializzando, con le altre strutture

• Alta formazione: master, corsi di perfezionamento, dottorati di ricerca

• Formazione continua

• Didattica pratica agli studenti

• Ricerca scientifica e biotecnologica

• Bioetica ed etica della ricerca scientifica

• Sperimentazione didattica e definizione degli standard formativi.

La formazione del personale sanitario potrà avvenire anche nelle strutture territoriali collegate, quali i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Strutture sanitarie territoriali, Strutture riabilitative, Hospice, Strutture per lungodegenti.

L'integrazione fra varie strutture dovrà avvenire sotto la supervisione e la regia della Regione che ne curerà la realizzazione, provvedendo al migliore utilizzo delle varie realtà.

È inoltre indubbio che il SSR, in veste di gestore della salute pubblica e di garante della qualità delle strutture e dei servizi dedicati alla formazione, è nella condizione di conoscere al meglio le caratteristiche necessarie alla formazione degli operatori sanitari e sociosanitari. Conseguentemente la Regione incrementerà lo sforzo di collaborazione con le Università necessario a provvedere il sistema didattico sanitario, nel suo complesso, delle strutture e dei mezzi idonei al migliore svolgimento della sua attività; a tale fine parteciperà con opera di sostanziale indirizzo, alla definizione ed al raggiungimento degli obiettivi di ricerca e formazione.

Nelle nuove linee guida, particolare attenzione dovrà essere dedicata alla ricerca scientifica, la quale non deve limitarsi alla dimensione puramente biologica o clinica, ma estendersi anche alla ricerca sanitaria.

Le linee guida affronteranno inoltre gli aspetti e la regolamentazione organizzativa della presenza dell'università nelle strutture sanitarie.

Il contributo alla diffusione di una cultura della formazione continua e dello sviluppo professionale è un ulteriore elemento qualificante della rete regionale in cui potranno essere sviluppati momenti d'aggregazione scientifica o professionale, di valutazione dell'operato, di analisi della collocazione di benchmarking etc.

Il ruolo del personale ospedaliero sarà oggetto di una riflessione attenta nella dimensione della valorizzazione del suo contributo alla attività didattica universitaria.

Nell'ambito del «sistema di governo della ricerca in Lombar-

dia», verrà previsto il raccordo con le emanande linee guida SSR/Università al fine di identificare modalità innovative di finanziamento e di collaborazione, evitando la diffusione a pioggia dei finanziamenti.

Appare anche ineludibile, data la situazione economica, che le risorse finanziarie per la ricerca scientifica debbano essere attribuite alle strutture in cui esse danno la migliore garanzia di «rendimento».

In materia di governance, è opportuno correggere l'attuale sistema orientandolo verso un modello condiviso e finalizzato al raggiungimento degli obiettivi istituzionali della formazione, della ricerca e della assistenza.

5.5 La formazione del personale del Servizio Sanitario Regionale

La formazione degli operatori rappresenta uno strumento al servizio delle professionalità che necessitano di un adeguato supporto per sostenere al meglio l'impatto con le nuove tecnologie e con i nuovi modelli organizzativi e deve necessariamente coinvolgere anche i professionisti delle cure primarie all'interno della ridefinizione dei loro ruoli.

La determinazione di un quadro regionale programmatorio di educazione continua del personale e l'approvazione di una metodologia di valutazione e accreditamento dei piani formativi sono i presupposti per l'individuazione in sede aziendale di azioni coerenti con la politica sanitaria regionale di sviluppo delle risorse umane e con gli obiettivi di sviluppo contenuti nel presente PSSR.

Le professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, per esplicarsi pienamente all'interno dell'organizzazione sanitaria, necessitano di uno sviluppo culturale mirato e approfondito, sia di tipo gestionale sia specialistico, da realizzarsi attraverso l'avvio di moduli di formazione permanente (anche a distanza) e sul campo in collaborazione tra aziende sanitarie e università.

Alla luce dell'emergenza infermieristica verificatasi negli ultimi anni e in coerenza con il modello di welfare lombardo, particolare attenzione deve essere prestata al ruolo degli infermieri e degli operatori delle professioni sanitarie operanti sul territorio, intesi quali elementi di integrazione delle politiche socio sanitarie nei confronti dei quali va rafforzato il know-how metodologico, tecnico e relazionale da utilizzare in ambito clinico e organizzativo e vanno progettate possibilità di reimpiego a beneficio delle aree più critiche.

Occorre inoltre attivare leve di tipo culturale, organizzativo ed economico che incentivino i giovani ad accostarsi alle professioni infermieristiche e tecniche, assecondando una inversione di tendenza che sembra manifestarsi in questi ultimi tempi, con un ritorno di domanda formativa da parte di nuove leve di studenti in misura addirittura superiore all'offerta universitaria. A tale scopo, occorrerà provvedere all'aumento dei posti di formazione, rendendo disponibili un maggior numero di ospedali anche periferici, e all'incremento delle borse di studio nonché a favorire la residenzialità degli allievi.

Particolare rilevanza per il miglioramento delle attività assistenziali assumono le competenze manageriali del personale infermieristico con responsabilità di coordinamento. L'evoluzione dei modelli organizzativi aziendali comporterà infatti l'acquisizione, da parte degli operatori interessati al processo, di specifiche competenze, da conseguirsi attraverso lo svolgimento di appositi corsi e stage promossi con il concorso e la collaborazione di Aziende, Università e l'Istituto Regionale di Formazione.

La formazione universitaria, richiesta per tali figure professionali sanitarie dalla recente normativa, comporta la riqualificazione dei compiti e delle funzioni attualmente attribuite.

La formazione di figure di supporto all'attività del predetto personale – con particolare riferimento agli addetti all'assistenza – verrà attuata mediante riqualificazione degli operatori in servizio e sarà completata con un inserimento lavorativo degli stessi nelle equipe assistenziali. Saranno promossi corsi di formazione Aziendali o Interaziendali per OSS e per OTA.

Il piano formativo aziendale costituisce il principale strumento per l'attuazione del modello lombardo di qualificazione, che si inserisce in un percorso di sviluppo professionale per il continuo miglioramento della qualità.

A questo scopo, uno degli aspetti più importanti per realizzare efficaci programmi di sviluppo del personale consiste nella corretta impostazione dell'analisi dei bisogni, nel confronto con le diverse professionalità aziendali, nel sostegno e partecipazione al management aziendale e nella valutazione degli effetti prodotti dalle iniziative avviate. Ciò consente di intraprendere un ciclo virtuoso di miglioramento della capacità aziendale a realizzare programmi efficaci.

5.5.1 Sviluppo e diffusione della formazione manageriale

La formazione manageriale già avviata dalla Regione dovrà essere ulteriormente sviluppata e diffusa tra i professionisti delle professioni sanitarie, mediche e dei dirigenti amministrativi con la previsione di un ampliamento delle tematiche e del target, nonché con l'estensione al «middle management» sanitario e amministrativo.

Vanno previsti specifici percorsi formativi che privilegino la metodologia dell'affiancamento e della formazione sul campo – soprattutto per le figure manageriali impegnate nel raggiungimento degli obiettivi regionali all'interno delle Aziende Sanitarie Locali – anche ai fini del rafforzamento del ruolo della ASL di collegamento tra il bisogno sanitario e l'offerta di servizi sanitari.

Saranno privilegiati i temi della programmazione, degli aspetti epidemiologici, della Banca dati assistito e del ruolo dei distretti.

5.5.2 La formazione continua/ECM – CPD

a. Il sistema ECM

Regione Lombardia ha indicato i principi su cui si basa il sistema della educazione continua in medicina nell'art. 13 bis della legge regionale 31/97 e successive modifiche ed integrazioni **(17)**.

Il modello lombardo si accorda con l'impianto nazionale, ed è realizzato:

- per semplificare il sistema in un'ottica di valorizzazione dei professionisti per valorizzare le esperienze lavorative che quotidianamente si creano nell'ambito in cui si esercita la propria professionalità attraverso l'idoneo riconoscimento della formazione sul campo;
- per coniugare la necessità di *gestione* del sapere applicato dei professionisti della salute alla corretta pratica operativa;
- per valorizzare il ruolo responsabile del provider, deputato alla determinazione dei fabbisogni formativi e alla previsione del loro soddisfacimento attraverso il piano formativo annuale che rappresenta la condizione indispensabile per l'accreditamento.

Il modello lombardo prevede l'inserimento di interventi formativi di progetto in un processo di «sviluppo professionale continuo» Continuing Professional Development (CPD) che costituisca l'effettivo strumento per «migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari partecipi al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata al servizio sanitario nazionale».

Nella definizione delle regole generali del sistema, devono essere ben identificati e ben delineati i ruoli di tutti gli attori in gioco, quali matrici di responsabilità. Il principio fondamentale della non duplicazione e sovrapposizione dei ruoli è perseguito nel modello regionale lombardo di sviluppo professionale continuo: chi produce ed eroga la formazione non può anche svolgere un ruolo di controllo nei confronti della stessa. Tale funzione è attuata da strutture presenti sul territorio regionale investite allo scopo ed è inoltre supportata da un «nucleo regionale» che, a campione, verifica la ricaduta della formazione sull'organizzazione del sistema socio-sanitario.

Il ruolo dei provider è quello di progettare, effettuare, controllare l'esecuzione delle attività formative e della bontà organizzativa delle stesse, verificandone la ricaduta sui processi organizzativi.

In tale contesto, gli obiettivi di interesse regionale ed aziendale

---

(17) Il percorso scelto da Regione Lombardia è quello di trasferire la fase di accreditamento al livello di provider. Annualmente, i provider devono sottoporre alla Regione, per il relativo accreditamento, il Piano annuale dei corsi di aggiornamento, che deve essere coerente con la programmazione regionale.

Il provider infatti, delineando un processo formativo di eventi sinergici utili al raggiungimento degli obiettivi validati dalla Regione, offre la qualità della formazione complessiva in coerenza con la programmazione regionale.

In funzione di ciò, la Regione Lombardia ha individuato specifici requisiti per poter accedere alla qualifica di soggetto/istituzione/organizzazione accreditato in qualità di *provider* regionale.

sono individuati sulla base degli strumenti di programmazione nazionale e regionale vigenti, come il Piano Sanitario Nazionale, il Piano Socio-Sanitario Regionale, Piani regionali di settore e documenti programmatici aziendali.

Poiché il sistema ECM risponde alla necessità di programmare interventi per operatori della sanità con bisogni di formazione differenziati per specificità di categoria, disciplina ed area di esercizio professionale, il modello regionale prevede una diversa composizione del «portafoglio» dei crediti formativi – conseguiti individualmente, tramite azienda, tramite attività regionali o attività nazionali – in considerazione delle tipologie dei richiedenti.

Il sistema regionale così costruito è finalizzato al monitoraggio della conoscenza «teorica» e della sua «trasformazione» al fine di produrre risultati professionali spendibili in azienda e/o sul mercato del lavoro. È interesse regionale che l'attività formativa della persona inserita nel circuito del SSR si traduca in valore aggiunto per l'organizzazione della quale fa parte, nell'ottica del miglior servizio reso al cittadino.

b. Organizzazione del modello di sviluppo professionale continuo

La creazione del sistema SPC lombardo fonda i suoi presupposti su aspetti di grande valore organizzativo-aziendale, quali:

a. il passaggio dall'accreditamento dei singoli eventi all'accreditamento del «Provider», in particolare dei Provider aziendali, al fine di coniugare la formazione individuale e di gruppo con le politiche delle risorse umane in tema di crescita professionale degli operatori;

b. la presenza della tipologia formativa sul campo, quale nuova modalità didattica di apprendimento, che, sotto forma di attività di audit clinico e gruppi di miglioramento, permette la condivisione ed il miglioramento delle conoscenze specialistiche che consentano alle strutture ospedaliere di svolgere le funzioni di ospedali di aggiornamento formativo nei quali imparare una professione anche mediante il confronto tra pari.

Le grandi linee di evoluzione organizzativa che vedono nella formazione/CPD un importante fase del cambiamento sono:

- il monitoraggio dei processi di valutazione del personale delle aziende sanitarie rispetto al raggiungimento degli obiettivi aziendali frutto del processo di definizione degli stessi;
- l'identificazione delle competenze manageriali dei dirigenti responsabili del governo di parti del sistema organizzativo (ad esempio il dipartimento), al fine di verificare la capacità di attivare comportamenti manageriali per una corretta gestione della struttura organizzativa;
- le relazioni tra il processo di accreditamento delle aziende sanitarie e la qualificazione raggiunta dei professional sanitari operanti nelle stesse, introducendo la pratica delle azioni correttive per esiti non conformi;
- lo sviluppo della Formazione a distanza, sia attiva sia passiva: nella prima i provider dovranno garantire una piattaforma multimediale che preveda un percorso di apprendimento simile ai maggiori livelli di formazione d'aula; alla seconda, che consiste nella lettura di testi e riviste su supporto cartaceo o informatico, dovrà essere abbinata una valutazione finale;
- lo sviluppo della formazione sull'utilizzo delle tecnologie a supporto dei processi di prevenzione diagnosi e cura.

5.5.3 La formazione degli operatori del welfare

La formazione del personale riveste una importanza fondamentale, in virtù della consapevolezza che gli esiti degli interventi del sistema integrato sono affidati alla qualità delle relazioni che gli operatori sono in grado di attivare e sostenere. Di fronte ai processi di cambiamento, la formazione e l'aggiornamento del personale si qualificano dunque come fattore strategico per l'innovazione organizzativa e gestionale e per il miglioramento dei servizi verso il cittadino in termini di qualità, efficienza ed efficacia delle prestazioni.

In questa prospettiva si rendono necessarie azioni sul versante:

- prima formazione operatori del welfare: in collaborazione con la D.G. Istruzione, Formazione e Lavoro occorrerà prevedere, all'interno dei percorsi di istruzione e formazione professionale in Diritto Dovere di Istruzione e Formazione, corsi di qualifica e diploma professionale che garantiscano al sistema di welfare la formazione di operatori di primo livello;
- formazione permanente/aggiornamento: iniziative di co-progettazione, con le Province, dei Piani di formazione/aggiornamento del personale in servizio; miglioramento del sistema ECM in collaborazione con la D.G. Sanità, valorizzando anche il ruolo delle strutture di formazione delle ASL;
- metodologia di intervento nell'ambito della programmazione degli interventi formativi: si rende necessario l'istituzione di uno strumento che interfacci l'offerta formativa dei profili professionali del welfare con il sistema dei servizi e che costituisca un supporto alle decisioni relative ai percorsi formativi.

Strategico per raggiungere l'obiettivo della vicinanza tra competenze/abilità degli operatori e soddisfacimento dei bisogni consolidati ed emergenti, sarà lo sviluppo di tre linee di intervento:

1) individuazione di nuove figure emergenti nel sistema del welfare, da inserire nei percorsi di prima formazione del sistema di Istruzione e Formazione Professionale, in collaborazione con la D.G. Istruzione, Formazione e Lavoro. Emerge, in modo particolare, la necessità di definire nuove figure e relativi percorsi formativi nell'area degli interventi socio educativi e di comunità:

a. l'operatore socioeducativo, in grado di intervenire sia in autonomia, sia a supporto dell'educatore professionale di formazione universitaria, nell'ambito dei servizi per la prima infanzia e dei servizi destinati agli interventi specifici per l'area del disagio nelle sue varie manifestazioni;
b. l'operatore di comunità, in grado di operare a sostegno di progetti di coesione sociale a livello della prevenzione del disagio e della promozione della sicurezza urbana per contrastare povertà e marginalità;
c. l'operatore della mediazione di formazione non universitaria o *post* laurea, in grado di operare nell'area dell'inclusione sociale degli stranieri immigrati (mediatore culturale) e dei quartieri a rischio (mediazione sociale);

2) sostegno a ruoli emergenti: il cambiamento nel sistema di accesso ai servizi e l'applicazione dei principi del welfare mix implica la trasformazione dei ruoli professionali di aiuto, che dovranno essere sempre più orientati al Case management finalizzato all'orientamento al cittadino nel soddisfacimento dei bisogni espressi, e in grado di governare dei piani di intervento che sappiano coniugare libera scelta e adeguata presa in carico;

3) sostegno allo sviluppo delle competenze nell'area dell'assistenza domiciliare e cura della persona: si prevede il pieno utilizzo delle figure già presenti sul territorio lombardo quali l'operatore socio sanitario e dell'ausiliario socio-assistenziale, anche mediante l'utilizzo di moduli integrativi specifici per le cure domiciliari;

4) sostegno a percorsi di formazione di lingua italiana per l'assistente familiare (o badanti) e di corsi per la conoscenza delle nostre culture anche per quanto riguarda gli alimenti e la preparazione del cibo.

5.6 La ricerca e l'innovazione

La promozione della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica in campo sanitario rappresenta un tema sul quale è necessario investire. Vanno favorite e sviluppate nell'ambito della piattaforma della sanità lombarda l'interazione tra imprese e la ricerca pubblica e privata con capitali di rischio, finalizzando tali attività allo sviluppo di prodotti, processi e servizi ad alto valore aggiunto e di rilevante interesse scientifico, economico e sociale.

Potranno essere individuati due percorsi di cooperazione tra la Regione e le imprese private: quello del partenariato regionale su progetti di ricerca proposti, elaborati e realizzati dalle imprese private sulla piattaforma tecnologica della sanità lombarda; quello del tradizionale cofinanziamento, da parte della Regione, di progetti elaborati e realizzati da soggetti privati, ma proposti dalla Regione stessa.

Il primo percorso, in particolare, dovrà essere implementato attraverso la predisposizione di adeguate modalità di selezione dei progetti privati da sottoporre a partenariato, al fine di verificare che siano garantiti i requisiti dell'innovatività ed originalità delle proposte validate oltreché l'utilità pubblica. Particolare attenzione dovrà essere posta al monitoraggio e alla verifica dei risultati della ricerca in modo da garantire il più produttivo ed efficace impiego delle risorse.

La diffusione dei casi di successo è un passo essenziale per favorire l'adozione di soluzioni avanzate in ogni settore di ricerca: mentre la ricerca clinica e farmacologica trova una regolamentazione procedurale compiuta, nel settore di ricerca legato

allo sviluppo e all'utilizzo di nuove tecnologie occorre promuovere, coinvolgendo università e fondazioni, un'attività di certificazione delle sperimentazioni, secondo criteri condivisi, che consenta d'individuare le esperienze più valide e supporti la valutazione da parte dei soggetti che intendono avviare nuove iniziative.

Lo scopo finale è quello di fornire, attraverso la promozione ed il finanziamento di una ricerca scientifica in campo biomedico e sanitario di elevata qualità, elementi per la programmazione degli interventi mirati al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

Il sostegno alla ricerca passa anche attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti che fanno parte della più ampia «business community» sanitaria non solo come semplici utenti per l'accesso alla rete o per lo scambio di dati con le strutture sanitarie, ma anche come fornitori di servizi sul network sanitario **(18)**.

Il Piano individua gli indirizzi prioritari per settori di ricerca e gli strumenti per la loro attuazione:

- promozione e sostegno delle forme di collaborazione con i partner istituzionali ed universitari;
- promozione e sostegno dei network tematici per lo sviluppo delle aree di ricerca;
- promozione, sostegno e certificazione delle sperimentazioni.

1. Promozione della ricerca scientifica

In questa ottica di collaborazione, emerge la necessità di coordinare l'impiego di risorse finanziarie di diversa provenienza (i molteplici strumenti di finanziamento europeo, dai fondi strutturali ai bandi dei diversi «programma quadro»; i fondi nazionali erogati su progetti specifici; i fondi che la Regione stessa investe in attività di ricerca e di promozione dell'innovazione tecnologica) per favorire sempre più uno stretto raccordo tra Istituti di Ricerca, Aziende Sanitarie interessate all'utilizzo dei risultati della ricerca e Imprese che si traducono in prodotti per il mercato.

2. Diffusione ed eccellenze

La Lombardia è ampiamente riconosciuta come la Regione che contribuisce maggiormente alla Ricerca e Innovazione in Italia.

La Regione ha quindi un particolare interesse a sostenere queste realtà, fiore all'occhiello del suo territorio, promuovendo prima di tutto al suo interno la diffusione dei risultati delle ricerche. Per la diffusione delle eccellenze possono essere utilizzati i network tematici, o reti di patologia: la condivisione delle informazioni cliniche, il ricorso a protocolli diagnostico/terapeutici comuni e gli strumenti di collaborazione che tali reti devono necessariamente promuovere contribuiscono in modo determinante alla diffusione delle buone pratiche sviluppate all'interno dei centri di eccellenza.

3. Diffusione dei protocolli diagnostico-terapeutici

La ricerca e l'innovazione applicata ai processi di gestione della cura del paziente consentono di conoscere meglio il processo nel suo insieme e di intervenire su di esso, migliorandone l'efficienza.

È questa, infatti, una sfida importante che a livello europeo viene affrontata con particolare enfasi anche dalla Commissione Europea: tramite questo know-how, risulta più facile agire anche nel campo della prevenzione, della gestione del rischio terapeutico e del monitoraggio dei profili di cura.

Devono quindi essere incentivate le iniziative ed i progetti volti a creare e condividere nuovi protocolli, a mantenere quelli esistenti o a controllarne l'effettiva applicazione nei contesti di riferimento.

5.6.1 Governance della ricerca

La necessità di muovere l'attenzione dal Governo (gli attori e i processi formali) alla Governance, quale azione di direzione, facilitazione e coordinamento da parte dei soggetti titolari del potere decisionale, rappresenta una delle specificità che l'Amministrazione regionale sta perseguendo già dalla scorsa legislatura.

Il concetto di governance, inteso nel suo significato etimologico di «arte o maniera di governare», presuppone infatti un nuovo modo di «gestione» della Pubblica Amministrazione, che vede necessariamente integrate la società civile e le istituzioni, i cittadini e i centri formali del potere, non per una indistinta frammentazione delle responsabilità, bensì per un comune esercizio e condivisione delle medesime.

Il contesto che caratterizza il sistema regionale di Ricerca e Innovazione richiede una forte attenzione ai meccanismi di governance in quanto gli attori del sistema sono numerosi. L'esperienza di questi anni testimonia che, in un sistema complesso come quello della ricerca e dell'innovazione in campo sanitario, una governance spontanea fatica ad emergere e a raggiungere livelli di efficacia ed efficienza.

Il ruolo dell'Amministrazione Regionale è pertanto quello di promuovere tale governance.

Le prospettive per gli interventi da implementare nei prossimi anni restano nel solco di quanto fatto finora e sono volte principalmente alla:

- informazione dei canali di finanziamento della ricerca, con particolare riferimento ai fondi messi a disposizione dal Governo italiano e dalla Commissione Europea;
- diffusione sul territorio dei risultati della ricerca in modo da alimentarne costantemente lo sviluppo, fino alla creazione di una massa critica che coinvolga i principali attori sanitari;
- sviluppare la cultura della ricerca e dell'innovazione, per aumentare la sensibilità pubblica su questi temi;
- garantire e difendere le ricerche d'eccellenza lombarde.

Per realizzare questi obbiettivi, la Regione identifica come prioritaria la presenza attiva nel panorama della ricerca in ambito europeo, integrata con quella rivolta ai programmi nazionali di finanziamento; ciò significa impegno ad assumere un ruolo attivo nella fase di stesura dei contenuti del VII Programma Quadro e nella partecipazione ai bandi che verranno banditi nel suo contesto.

L'accesso a differenti fonti di finanziamento rende necessario sviluppare il tema della complementarietà e dell'addizionalità delle risorse economiche che vengono ad essere coinvolte sulle singole linee di ricerca, in modo che si sviluppi una sinergia di sistema tra i diversi progetti presentati.

5.6.2 La ricerca biomedica e tecnologica

La ricerca biomedica è fondamentale nello sviluppo del Sistema sanitario Regionale (SSR).

Il trasferimento dei dati della ricerca alla pratica clinica determina il miglioramento della qualità delle cure erogate ai cittadini in termini sia diagnostico/terapeutici sia procedurali.

La Regione si configura come «garante» del rispetto degli obiettivi di interesse, formulati sulla base dell'analisi dei reali bisogni del territorio, nonché come «promotore» della ricerca lombarda a livello internazionale.

In questo senso, vanno individuati strumenti e modalità di promozione, monitoraggio e indirizzo della ricerca.

La funzione di promozione si sviluppa tramite il finanziamento e co-finanziamento con il livello nazionale (es. AIFA), la diffusione dei bandi di ricerca, l'organizzazione di seminari di divulgazione, la creazione di gruppi di confronto, la partecipazione alla definizione dei contenuti delle chiamate. A questo proposito, maggior enfasi deve essere posta sull'individuazione delle potenzialità di ricerca che i centri regionali sono in grado di esprimere, nonché sulla creazione di collaborazioni sinergiche che portino al raggiungimento di quella massa critica di competenze e risorse che possano competere a livello internazionale.

Vanno individuati strumenti normativi e di controllo finanziario che garantiscano il massimo ritorno in termini di innovazione e assicurino un elevato contenuto scientifico e/o tecnologico dei progetti.

La funzione di supporto alle aziende nelle attività di ricerca e innovazione è fondamentale sia nella fase di redazione che nella fase di realizzazione-sperimentazione: si deve conseguentemente organizzare un'adeguata struttura di supporto amministrativo, di diffusione delle chiamate, di aggiornamento del loro contenuto e di intermediazione tra le aziende, la Comunità Europea, i soggetti istituzionali con finalità di ricerca e l'industria privata.

Questo ruolo di «facilitatore» dovrebbe aiutare a creare le condizioni più favorevoli per attrarre non solo ricercatori, ma anche imprese che intendano investire nella ricerca sanitaria lombarda.

---

(18) Come dimostrano numerose positive esperienze in altri Paesi Europei, un ruolo non secondario deve essere attribuito alla ricerca in Medicina Generale che, per le sue caratteristiche, può offrire un importante contributo alla valutazione – di tipo epidemiologico, di esito, efficacia ed economicità – dei processi diagnostico/terapeutici e di soddisfazione dei pazienti.

Anche l'attività di governo del SSR deve prevedere una attività specifica per controllare i risultati dell'innovazione, per monitorarne l'evoluzione ed i suoi effetti nel miglioramento della qualità, dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi e nel cambiamento nelle attività produttive coinvolte.

La funzione di monitoraggio e controllo si deve sviluppare sulla base di una raccolta sistematica e completa delle informazioni essenziali sulle attività di ricerca biomedica e tecnologica in corso o programmate sul territorio lombardo, sulla raccolta di dati quantitativi relativi alla diffusione dei loro risultati nella pratica clinica e gestionale corrente delle aziende sanitarie e sulla diffusione di tali informazioni.

La ricerca clinica relativa a molte malattie (malattie rare, cardiovascolari, oncologiche, reumatiche, parkinson, diabete, ecc.) richiede una cooperazione internazionale e una sperimentazione multicentrica per raggiungere risultati significativi. Questo implica un raccordo con attività analoghe svolte a livello nazionale ed internazionale da Enti Istituzionali (Ministeri, Commissione Europea) Enti di ricerca (ISS, CNR, università) e le aziende sanitarie ed ospedaliere.

La funzione di indirizzo si può sviluppare nell'individuazione di settori di ricerca prioritari, in quanto strategici per conseguire gli obiettivi regionali. Tale azione non deve però escludere completamente i restanti settori e deve comunque garantire l'autonomia delle aziende che destinano parte del proprio budget alla ricerca e alla innovazione.

Un ultimo riferimento va indirizzato a quella parte della ricerca che deve essere svolta a favore dello sviluppo delle politiche regionali di governo del servizio sanitario. Il cambiamento che sta avvenendo nel contesto europeo (allargamento, politiche di libera circolazione), e nella popolazione (invecchiamento, nuove malattie) porta infatti alla necessità di verificare i nuovi bisogni, di confrontare modelli gestionali e politiche sanitarie.

5.6.3 I settori strategici nei prossimi anni

Le aree sottoriportate sono state definite ad un livello relativamente generale, in modo da poter essere adattate alle esigenze ed alle opportunità che si prospetteranno nel periodo di vigenza del PSSR e riguardano sia temi specifici di patologia, sia tematiche trasversali che non si riferiscono ad una singola patologia o branca, ma investono l'intera ricerca clinica e a questa fanno da supporto.

a. Le neuroscienze
b. Sistemi avanzati per la riabilitazione
c. La trapiantologia
d. La biologia molecolare
e. Le cellule staminali: trapianto e terapia cellulare
f. La genetica
g. Le malattie cardiovascolari
h. La ricerca traslazionale
i. L'oncologia
j. Epidemiologia clinica

5.6.4 Le sinergie tra ricerca e formazione

Lo sviluppo della formazione e della ricerca si realizza attraverso la creazione di forti sinergie tra il sistema di formazione ed aggiornamento del personale dedicato e quello della ricerca in campo sociale, sanitario e biomedico, al fine di raggiungere gli obiettivi del Piano Regionale di Sviluppo. Assumono pertanto un ruolo decisivo le università lombarde, le aziende di formazione regionale, le Aziende Sanitarie e Ospedaliere e gli IRCCS, le cui attività devono tendere ad una reale caratterizzazione scientifica specialistica.

5.7 Lo Sviluppo dei sistemi informativi sociosanitari e la sanità digitale

La Regione promuove l'introduzione nelle strutture del SSR di strumenti innovativi, ad alto contenuto tecnologico sia nel contesto clinico che nel contesto gestionale; tali innovazioni sono rese possibili, per la maggior parte dei casi, dalle evoluzioni in campo informatico e delle telecomunicazioni che hanno condotto ad un enorme incremento nell'uso di strumenti di Information and Communication Technology (ICT).

Il Sistema Sanitario Lombardo ha, da alcuni anni, puntato sullo sviluppo degli strumenti di ICT per migliorare e razionalizzare i processi sanitari: il progetto centrale dell'intera Amministrazione regionale è il consolidamento e lo sviluppo della Carta Regionale dei Servizi e del Sistema Informativo Sanitario (CRS-SISS), già diffuso su tutto il territorio lombardo, come primo servizio reso con strumenti di ICT al cittadino **(19)**.

Altra caratteristica essenziale del Sistema Informativo Regionale è quello di sostenere lo sviluppo omogeneo dei Sistemi Informativi aziendali e l'informatizzazione degli operatori sanitari, in modo da favorire strutturalmente il processo di trasmissione dei dati e dei documenti sanitari.

Lo sviluppo dei sistemi informativi deve consentire il perfezionamento della struttura di trasmissione e di scambio di informazioni sanitarie e di dati socio-sanitari, al fine di consentire una più efficace sorveglianza ed individuazione delle minacce che incombono sulla salute.

La nuova organizzazione sanitaria, sempre più focalizzata sulla «dimensione» cittadino, richiede che le informazioni sociosanitarie degli stessi siano consultabili, nel necessario rispetto di tutte le norme giuridiche pertinenti nel settore della tutela dei dati personali, all'interno della rete dei servizi e da quegli attori socio-sanitari che ne abbiano titolo e necessità.

Di pari passo con la diffusione delle infrastrutture tecnologiche locali e regionali, sviluppate attraverso il progetto CRS-SISS, bisogna puntare su cinque obiettivi strategici complementari:

- potenziare la capacità degli operatori sanitari di condividere le informazioni individuali pertinenti e di accedere nella maniera più semplice a conoscenze cliniche autorevoli e aggiornate (sviluppo dell'e-Health);
- aumentare la capacità di formazione ed aggiornamento professionale degli operatori sanitari, potenziando l'offerta di formazione a distanza;
- sviluppare l'utilizzo degli strumenti di telemedicina per rendere più efficiente e più appropriato l'iter diagnostico terapeutico, soprattutto nel caso di patologie croniche e degenerative;
- procedere con la diffusione del progetto CRS-SISS monitorandone lo stato di attuazione, per poterlo indirizzare prioritariamente anche attraverso gli aggiornamenti che si rendessero necessari, a efficace strumento di governo clinico del SSR;
- allargare il coordinamento e la cooperazione tra i Sistemi Informativi aziendali.

Lo sviluppo dell'Informatica Sanitaria si presenta come l'obiettivo indispensabile per la produzione di dati utilizzabili per il più efficace governo clinico e per il generale miglioramento del grado di appropriatezza del sistema, da conseguire anche sviluppando strumenti informatici idonei a promuovere l'utilizzo di linee guida cliniche fondate sulla medicina basata sull'evidenza.

L'utilizzo di tali strumenti deve, infine, produrre il miglioramento e la semplificazione amministrativa dell'offerta dei servizi a cittadini e professionisti sanitari, promuovendo la realizzazione di servizi infotelematici (punti informativi, servizi online, ecc.) che consentano di semplificare l'accesso al sistema, migliorandone l'efficienza e la qualità complessive.

Il sistema informativo sociosanitario è visto come leva strategica del governo delle politiche sociosanitarie e sociali considerato che, in un sistema sempre più complesso, è fondamentale la costruzione e l'aggiornamento di sistemi informativi in grado di supportare la programmazione e le decisioni in aderenza ai bisogni diversificati del mondo del sociale ed al complesso della spesa sostenuta. Il sistema attualmente governato è vastissimo, è composto dalle aree anziani, disabili, invalidità, minori e famiglia, carceri, dipendenze, emigrazione, immigrazione, stranieri e nuove povertà; dalle aree del Terzo settore nelle sue diverse articolazioni: volontariato, servizio civile, associazionismo.

Punti di forza del sistema informativo saranno:

- cruscotto direzionale: un sistema che permette una rapida analisi sullo stato globale dei processi principali indicando le aree critiche sulle quali concentrare l'attenzione e le risorse, umane e finanziarie;
- accreditamento on line: l'obiettivo sarà quello di definire un

(19) Il Sistema Informativo Regionale si pone in linea il»Piano *e*-Europe 2000 su una società dell'informazione per tutti» adottato dal Consiglio Europeo di Feira del Giugno 2000, che richiede agli Stati Membri di sviluppare infrastrutture informatiche di facile uso ed interoperabili, e si deve sviluppare anche attraverso una efficace cooperazione con le altre iniziative nazionali ed europee, cercando di condividere con le altre Istituzioni nazionali e regionali gli standard, le architetture e gli strumenti informatici sviluppati al proprio interno.

sistema informatico, adottabile sull'intero territorio regionale, per la gestione dei processi di accreditamento delle tipologie di strutture socio sanitarie e socio assistenziali;

• RSA e RSD on line: permettono di ottenere informazioni sulla rendicontazione dei singoli utenti e sull'assorbimento di risorse economiche e assistenziali;

• schede di dimissione ospedaliera della riabilitazione (SDO riabilitazione): strumento di rilevazione dell'attività riabilitativa che utilizza piattaforma tecnologica su rete pubblica (internet o intranet);

• sistema dipendenze: sviluppo di un sistema con l'obiettivo di raccogliere le informazioni sulle dimensioni ed il profilo dei consumatori di sostanze d'abuso. Tali informazioni forniscono un indicatore indiretto delle tendenze del consumo e costituiscono una base fondamentale per valutarne più a fondo la diffusione e creare una rete di tutti i SERT e Comunità del territorio.

5.7.1 Lo sviluppo dell'e-Health

Lo sviluppo dell'e-Health si deve concentrare soprattutto sull'introduzione di strumenti utili per valutare lo stato di salute di un cittadino, raccogliendo in modo sistematico un insieme di informazioni rilevanti sui suoi eventi sanitari.

L'e-Health deve essere sviluppato anche con l'obiettivo di aumentare il grado di conoscenza e condivisione dei cittadini sull'organizzazione complessiva del SSR, ovviamente nel pieno rispetto delle norme sulla tutela dei dati personali **(20)**.

In questo campo la Regione si impegna a sostenere i progetti, anche sperimentali, volti a condividere gli standard semantici e le architetture infotelematiche a livello nazionale ed europeo, a rendere possibile la più ampia condivisione delle informazioni cliniche contenute nelle schede sanitarie individuali dei MMG e a sviluppare strumenti di e-knowledge per migliorare la fruibilità dei dati sanitari presenti sulla rete del SISS.

5.7.2 La telemedicina

L'utilizzo di tecnologie biomedicali e dell'informazione (ICT) in ambito sanitario rappresenta sicuramente un mezzo per migliorare la qualità e l'accesso ai servizi offerti ai cittadini e consente di supportare gli operatori sanitari sia sul versante della conoscenza sia nell'attività di diagnosi e continuità di cura, contribuendo a razionalizzare l'uso delle risorse.

Le aree di applicazione della Telemedicina sono diverse, così come i possibili scenari di utilizzo: servizi di «second opinion» – richiesta di avere l'opinione di uno specialista su un determinato caso clinico – servizi di telemedicina online quali, telediagnosi e teleconsulto, comunicazione sincrona/asincrona di immagini e segnali tra operatori sanitari, trasmissione, riproduzione e refertazione di segnali provenienti da apparecchiature diagnostiche, applicati tra strutture sanitarie o da strutture sanitarie a singoli operatori sanitari sul territorio.

Questi servizi possono essere utili in contesti diversi: dall'emergenza alla gestione e monitoraggio dei malati cronici (diminuendo i ricoveri impropri e migliorando la qualità di vita di questi cittadini), nelle dimissioni protette (diminuendo la durata media dei ricoveri), nel fornire l'erogazione a domicilio di alcune prestazioni sanitarie, a diversa intensità, normalmente effettuate in regime di ricovero, sempre che si tratti di patologie suscettibili di un trattamento domiciliare conveniente in termini di rapporto costo/efficacia e costo/utilità, in confronto con altre modalità di assistenza sanitaria.

Attraverso la telemedicina, è possibile, lasciando le competenze sanitarie decentrate, garantire, tramite un efficiente sistema di comunicazione telematica, un'assistenza medica adeguata anche a pazienti lontani dai centri ospedalieri di eccellenza, utilizzando al meglio le risorse disponibili con garanzia di un'offerta omogenea ed equa delle prestazioni sanitarie sul territorio.

In diversi di questi ambiti, la Regione ha già promosso la realizzazione di servizi e percorsi sperimentali che cominciano ad acquisire dimensione significativa e che sono oggetto di tariffazione su tutto il territorio regionale, si pensi ad esempio all'ambito cardiologico, con la telesorveglianza per pazienti con scompenso cardiaco medio grave, o all'ospedalizzazione domiciliare e al Piano Urbano, con sperimentazioni diffuse su pazienti con BPCO o oncologici terminali, oppure ancora a servizi rivolti alla popolazione residente in piccoli comuni lombardi delocalizzati, servizi resi possibili solo dall'ausilio delle nuove tecnologie. Servizi di «second opinion» tra i diversi ospedali e tra specialisti ospedalieri e ambulatoriali e MMG hanno un costo ormai limitato di investimento tecnologico, ma, possono richiedere revisioni organizzative giustificate per sostenere le cure primarie, migliorare l'appropriatezza delle cure e ridurre gli accessi impropri alla specialistica.

Particolare attenzione deve essere dedicata all'inserimento di queste tecnologie nel contesto dei percorsi sanitari di cura, finalizzandole alla razionalizzazione della rete di offerta sanitaria sul territorio, sia nei confronti degli operatori sanitari sia per valorizzare l'infrastruttura del progetto CRS-SISS.

Creare contesti economici di tariffazione e contesti etico-legali adeguati, estendendo e sviluppando le opportunità offerte dalla tecnologia per favorire l'adozione di soluzioni omogenee, replicabili e compatibili tra di loro, sono il presupposto per far evolvere i settori più maturi, quali ad esempio la trasmissione delle immagini radiologiche e per ottimizzare l'utilizzo degli specialisti radiologi sul territorio.

È necessario quindi favorire il processo di sviluppo sul territorio monitorando le esperienze in corso per elaborare linee di indirizzo coerenti con i rapidi sviluppi sanitari e tecnologici e superando, quando confortati da risultati positivi, la fase sperimentale in prospettiva di estendere capillarmente questi servizi innovativi.

5.7.3 Il sistema informativo socio sanitario (SISS)

Il progetto Carta Regionale dei Servizi – Sistema Informativo Socio Sanitario (CRS-SISS) è il progetto strategico della Regione per lo sviluppo dell'informatica all'interno della pubblica amministrazione lombarda.

Lo sviluppo del progetto CRS-SISS viene promosso con tutti gli strumenti disponibili e l'esperienza maturata nella sua realizzazione deve essere valorizzata anche nella predisposizione di progetti di ricerca indirizzati a svilupparne le potenzialità ed a diffonderne i risultati in Italia e in Europa.

Il SISS costituisce la rete di cooperazione tra tutti i Sistemi Informativi delle aziende sanitarie, socio sanitarie ed ospedaliere, il Dominio Centrale della Socio Sanità regionale e di tutti i professionisti sanitari che operano nella Regione e collega al suo interno sia gli operatori pubblici che quelli privati.

Lo sviluppo del SISS consente nuove forme di collaborazione tra gli operatori, in particolare tra MMG/PLS, farmacisti, medici ospedalieri e specialisti, creando le condizioni per un miglioramento tangibile nella qualità e nell'appropriatezza dei processi sanitari.

Il SISS promuove un efficiente controllo della spesa, tenendo in considerazione obiettivi di tipo clinico e qualitativo e le variabili legate ai fattori economici e gestionali.

Le linee da sviluppare per incrementare l'impatto del SISS nel Sistema sanitario Regionale e per diffonderne i risultati sono funzionali a:

• utilizzare i programmi di finanziamento nazionali e comunitari per accrescere le conoscenze, organizzare sperimentazioni e stabilire collaborazioni rivolte ad aumentare l'impatto del SISS, migliorare l'utilizzo delle informazioni sanitarie raccolte e rafforzare gli strumenti tecnologici utilizzati;

• sviluppare accordi di collaborazione con altre Regioni e con il Governo per diffondere l'esperienza maturata nella realizzazione del SISS in Lombardia e per condividere gli strumenti, le codifiche e gli standard adottati nel SISS;

• promuovere la codifica delle informazioni e la strutturazione di documenti clinici utilizzati nel SISS per definirne gli stru-

---

(20) Le varie forme parziali di condivisione di dati clinici (come le reti per patologia, l'inoltro di prescrizioni e referti strutturati, gli indici degli eventi, etc.) devono trovare un quadro evolutivo comune, salvaguardando gli investimenti in corso o già effettuati, anche attraverso l'introduzione progressiva di standard specifici.

Lo scopo dell'e-Health è di contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, rendendo disponibili a tutti i professionisti sanitari autorizzati tutte le informazioni che dovrebbero essere utili per le fasi di diagnosi e cura di un paziente, in modo da:

• elevare la qualità dei processi assistenziali e sostenere la loro riorganizzazione, anche attraverso la telemedicina e dispositivi di telesorveglianza;

• ridurre gli errori e le inappropriatezze, anche attraverso la diffusione di protocolli diagnostico/terapeutici e degli strumenti per il loro monitoraggio;

• ritrovare l'informazione clinica pertinente sul singolo cittadino dove e quando necessaria (es. per emergenze, per la cooperazione assistenziale, o in caso di accessi multipli alle strutture sanitarie).

menti di aggiornamento e revisione, anche attraverso il supporto delle società scientifiche;

• far raggiungere ai servizi del SISS un livello di maturità sufficiente perché il suo uso possa essere reso obbligatorio nell'attività routinaria di tutti gli operatori sanitari lombardi;

• rendere il SISS l'infrastruttura infotelematica di base del SSR e che quindi si faccia uso della sua rete e dei suoi servizi per costruire le reti di patologia, in modo da integrare in un unico sistema le informazioni cliniche, i dati strutturati, protocolli e le linee guida diagnostico/terapeutiche;

• realizzare attraverso il SISS, in coerenza con i risultati delle sperimentazioni regionali in atto, un CUP regionale completo, integrando nel Sistema le agende di tutte le Aziende Ospedaliere, anche attraverso l'uso di un call center regionale.

Il SISS dovrà svilupparsi in maniera sinergica con le altre iniziative regionali e nazionali, quali quelle di costituzione di un registro della popolazione lombarda allineato con le anagrafi comunali, l'allineamento dell'elenco assistiti con l'anagrafe tributaria, l'utilizzo della CRS anche per altri servizi (bancari, digitale terrestre).

5.7.4 Il sistema direzionale

Il Sistema Direzionale è lo strumento essenziale per il governo del SSR e deve fornire, anzitutto, i mezzi per il monitoraggio e il controllo della spesa sanitaria, al fine di diminuire le conseguenze socioeconomiche della cattiva salute, riducendo così, le conseguenti disparità sul piano sanitario per una puntuale ed appropriata programmazione degli interventi sul territorio.

Lo sviluppo, nel triennio di validità del Piano, del Sistema Direzionale dovrà prevedere il potenziamento del «sistema dei cruscotti»: i cruscotti direzionali, ciascuno orientato ad uno specifico obiettivo di governo del SSR, sono basati sul Data WareHouse direzionale, che contiene tutti i dati storici della sanità lombarda ed è alimentato in tempo reale dai dati raccolti con il SISS.

Al fine di una maggiore efficacia nella rappresentazione della realtà sociosanitaria e socio assistenziale, del relativo consumo di risorse e dello stato di conseguimento degli obiettivi assegnati, si rende necessario un sistema che permetta una rapida analisi sullo stato globale dei processi principali indicando le aree critiche sulle quali concentrare l'attenzione e le risorse, umane e finanziarie. Tale sistema è costituito dal Cruscotto Direzionale cioè da un modello che unisce elementi informativi che provengono da più basi dati e che vengono aggregati con finalità specifiche di reportistica integrando le informazioni e diversificandole ai diversi livelli di azione – controllo strategico, controllo di gestione, controllo operativo – e ai diversi soggetti interessati – organi di governo politico, direzione generale, responsabili di servizio o funzioni – rendendo immediata la lettura dei dati, e consentendo una valutazione globale dei processi complessi ed una «navigazione» su diversi livelli per localizzare la fonte delle criticità riscontrate.

5.7.5 I sistemi informativi aziendali

I sistemi informativi aziendali sono sviluppati in maniera autonoma, ma compatibile con le scelte di indirizzo individuate dalla Regione che tendono a porre il cittadino al centro dei servizi sanitari e socio-sanitari e a rendere più facile l'accesso alle informazioni dall'esterno (MMG, cittadini, altre strutture sanitarie e socio-sanitarie).

A tal fine i differenti Sistemi Informativi sviluppati nelle realtà aziendali integrano i loro servizi con quelli analoghi del SISS e si collegano con il Sistema Informativo Regionale per soddisfare il debito informativo nei riguardi degli organismi regionali e nazionali.

Lo sviluppo dei sistemi informativi regionali e aziendali deve basarsi su precisi standard architetturali e tecnologici, con la definizione di precise specifiche/requisiti che consentiranno una sempre più agevole integrazione dei vari «applicativi» a partire dal SISS.

Inoltre, si deve sviluppare ulteriormente la formazione del personale addetto, con particolare riguardo ai Responsabili del Sistema, in coordinamento con le iniziative specifiche promosse a livello regionale.

La modernizzazione dei sistemi informativi aziendali consentirà, anche nel breve periodo, di migliorare significativamente la qualità dei servizi forniti senza consumare risorse aggiuntive.

Punto qualificante dei Sistemi Informativi aziendali sarà la capacità di integrare, impedendo qualunque tipo di ridondanza nell'inserimento e nella gestione dell'informazione, i dati sanitari e socio-sanitari con quelli amministrativi, con la possibilità di offrire strumenti per il controllo di gestione e la misura del rapporto costo-qualità dei servizi offerti al cittadino. Un campo di prova è rappresentato dai network di patologia. Si dovrà inoltre proseguire nell'adeguamento dei Sistemi informativi aziendali alle previsioni legislative in materia di privacy e sicurezza informatica, con l'obiettivo di pervenire, nel più breve tempo possibile, al diffuso uso della «posta elettronica certificata» e della «firma digitale».

PARTE II

1. Le linee di intervento prioritario

1.1 La promozione della salute dall'età evolutiva: punti strategici di innovazione

Gli interventi di educazione alla salute vengono spesso erogati in modo parcellare e poco integrato. È ipotizzabile invece una riorganizzazione del sistema di offerta in questo settore, valorizzando maggiormente lo sviluppo di progetti integrati, centrati sui bisogni dell'utente e non necessariamente sulle sole attività tradizionali dei Servizi.

I punti qualificanti di questo processo di riorganizzazione dell'offerta possono essere così individuati:

• esigenza di pensare e condividere la progettazione secondo criteri di Evidence Based Prevention;

• forte coinvolgimento e stretta integrazione tra la componente Sanitaria e quella Socio-Sanitaria;

• massimo coinvolgimento delle agenzie educative nella pianificazione e nella realizzazione degli interventi;

• ridefinizione delle azioni verso l'utente, riorientando gli interventi in particolare sulla famiglia, nonché valorizzando la figura materna come tradizionale educatore per gli stili di vita.

La forte integrazione tra le componenti Sanitaria e Socio Sanitaria, che porta al superamento della logica di erogazione con lo schema dei «Servizi», può effettivamente aiutare a riorientare le azioni verso l'utente, facilitando ancor più azioni congiunte sul binomio Mamma-Bambino.

Gli interventi di promozione della salute sono processi che consentono alle persone di acquisire conoscenza, consapevolezza dei rischi e assunzione di comportamenti conseguenti mediante lo sviluppo di capacità individuali anche attraverso il sostegno incentivante di azioni collettive (famiglia, gruppo dei pari, media).

Occorre sempre tener conto della gerarchia delle agenzie educative che trovano come elemento centrale la famiglia e come altre strutture di supporto la scuola, il gruppo dei pari, i centri di aggregazione, la comunità, i media, tutte strutture che devono essere coinvolte a vario grado in un processo educativo.

Il MMG e il PLS sono figure fondamentali nel processo di educazione alla salute. Verranno quindi previste forme di collaborazione per l'insegnamento dell'educazione sanitaria nelle scuole.

Quando si intende sviluppare un'offerta educativa rivolta ai minori, occorre considerare che la famiglia risulta essere la prima agenzia educativa; è pedagogicamente nota la centralità del ruolo del rapporto madre-figlio. La mamma, nel relazionarsi con il figlio, vive la sua salute come un'esigenza prioritaria cercando di esprimere le migliori potenzialità.

Si dovranno quindi orientare risorse economiche, sociali e professionali al fine di perseguire l'obiettivo di coinvolgere e centrare le attività di promozione della salute sulla figura materna quale perno dello sviluppo socio-educativo del futuro cittadino.

1.2 Promozione degli stili di vita

L'obiettivo è quello di prevenire l'insorgenza e favorire la diagnosi precoce delle malattie cronico-degenerative; in particolare si tratta di:

• definire strategie e politiche di intervento per la promozione di stili di vita sani adeguate all'evoluzione epidemiologica, sociale e sanitaria della malattie cronico-degenerative. In particolare, forte attenzione verrà posta al mondo scolastico e giovanile, nella convinzione che una seria educazione a comportamenti non a rischio per quanto riguarda soprattutto il fumo da sigaretta, l'abuso di alcool, di sostanze eccitanti, la corretta alimentazione, il corretto equilibrio per l'attività fisica e/o ludica possa avere risultati concreti e duraturi se rivolti a quella parte di popolazione che per le sue caratteristiche sociali e di età può meglio assimilare abitudini e comportamenti duraturi. La proposta di stili di vita sani nel mondo scolastico ha altresì il vantaggio d'interessare e coinvolgere nelle azioni il mondo degli insegnanti e dei genitori con i quali possono essere impostate azioni sinergiche e coerenti ai comuni obiettivi di salute;

• predisporre ed avviare di una campagna di comunicazione regionale per la promozione di corretti stili di vita;

• rendere omogenea l'offerta di iniziative di promozione di stili di vita sani nei diversi ambiti comunitari, con processi di progetti che superano la frammentarietà degli interventi;

• promuovere la creazione della rete per garantire il raccordo delle azioni tra l'impostazione di comunità e di intervento sul singolo individuo.

Il metodo di lavoro per il raggiungimento dei predetti obiettivi, impone di allearsi con i genitori e il sistema della scuola perché solo se si punta sulle nuove generazioni si potrà avere una ragionevole certezza di non sprecare tempo e risorse e di ottenere risultati positivi nel tempo.

Le sinergie devono essere trovate a vari livelli del sistema: fra le istituzioni (Enti locali, scuola, agricoltura, ambiente..) e all'interno del mondo sanitario (medici generalisti, pediatri, ospedalieri..). È di fondamentale importanza innescare un meccanismo in cui ciascuno possa riconoscersi, anche utilitaristicamente, affinché si possa ottenere un concreto valore aggiunto per il sistema. L'evidenza scientifica deve tuttavia rappresentare la strada maestra, altrimenti si corre il rischio di perdere credibilità e di inficiare il lavoro di anni.

Tali obiettivi impongono di rivolgersi in modo prioritario al mondo della comunicazione, dal quale passa uno degli snodi più importanti del medio periodo per la programmazione sanitaria. Tale attività, deve essere intesa come azione capillare che possa incidere, partendo quindi dal mondo della formazione, su tutti coloro che hanno a che fare con le nuove generazioni, a partire dai genitori, dalla scuola, dalla rete degli oratori, dalle associazioni di volontariato, dalla rete dei medici delle cure primarie e dei medici specialisti in medicina dello sport.

1.2.1 Prevenzione e controllo delle malattie infettive

L'obiettivo che si prefigge di realizzare il presente Piano è quello di ridurre o contenere l'incidenza delle malattie infettive, note ed emergenti, con interventi preventivi e di profilassi e controllo.

Gli interventi saranno quindi rivolti a:

• implementare modelli organizzativi dei servizi dedicati alla prevenzione delle malattie infettive che garantiscano la disponibilità 24/24 e l'integrazione con gli altri servizi assistenziali;

• definire i sistemi e flussi di attivazione dei servizi di prevenzione ed assistenziali in caso di emergenze infettive;

• promuovere politiche vaccinali sulla base dei dati epidemiologici e con criteri definiti di priorità;

• attuare interventi di controllo – isolamenti, disinfezioni, profilassi – fondati su prove di efficacia e sulla situazione epidemiologica locale, accuratamente monitorata;

• promuovere interventi di educazione e sensibilizzazione alle misure igieniche comportamentali routinarie anche in collaborazione con il sistema scolastico;

• razionalizzare la rete dei servizi ambulatoriali per la profilassi internazionale;

• garantire la corretta applicazione delle misure di tutela e indennizzo per i soggetti colpiti da malattie infettive o da vaccino;

• definire piani di controllo in ambito veterinario, secondo gli indirizzi comunitari e nazionali con particolare attenzione alle malattie emergenti (aviaria, BSE) o in fase di riattivazione (TBC).

Le azioni prioritarie, aggiuntive rispetto al raggiungimento delle coperture vaccinali previste per l'infanzia e per l'adulto, che devono essere garantire con le fonti di finanziamento ordinarie, riguarderanno:

– il completamento del Piano Regionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, con particolare riguardo a: offerta attiva e gratuita della vaccinazione MPR alle donne in età fertile; effettuazione delle indagini sierologiche sui casi e cluster di morbillo; attuazione di specifiche ed ulteriori iniziative di sensibilizzazione; completamento della formazione agli operatori dei servizi dell'area materno-infantile (per la prevenzione della rosolia congenita);

– l'incremento delle coperture antinfluenzali nelle categorie dei soggetti a rischio di complicanze e degli operatori sanitari e socio-sanitari;

– la revisione della rete degli ambulatori vaccinali e relativo sistema informativo.

Inoltre si prevede la costituzione di una Rete Infettivologica Lombarda per la gestione di:

• progetti comuni di interesse e coordinamento delle risorse presso le strutture accreditate della Regione;

• impostazione di algoritmi decisionali e di linee guida per la terapia delle patologie più comuni di competenza;

• formazione continua ed insegnamento per quel che riguarda i temi delle malattie infettive classiche, comunitarie o legate a pratiche sanitarie e per eventuali nuove problematiche emergenti.

1.3 Accertamento del diritto all'indennizzo ex l. 210/92

L'obiettivo è quello di ridurre i tempi di attesa, limitare i numerosi contenziosi giudiziari e dare indicazioni omogenee su tutto il territorio regionale per l'istruttoria delle pratiche di indennizzo *ex lege* 210/92.

Per il raggiungimento di tale obiettivo si prevede di:

– aggiornare, con le altre regioni, le linee guida interregionali per l'istruttoria delle pratiche e per l'erogazione dell'indennizzo sia a seguito di emanazione di nuove normative ad integrazione della l. 210/92, che sulla presa d'atto di alcune recenti sentenze della Corte di Cassazione in merito all'aggiornamento dell'assegno di indennizzo;

– dare specifiche disposizioni alle ASL lombarde per l'istruttoria delle pratiche e per l'erogazione dell'indennizzo.

1.3.1 Prevenzione delle malattie infettive a rilevante impatto sociale (mst, hiv, aids e tb)

Per sviluppare politiche sanitarie finalizzate a contrastare l'emergere e la diffusione di malattie infettive di rilevante impatto sociale attraverso interventi di prevenzione e di riduzione del rischio; è necessario:

• definire strategie e politiche di intervento per AIDS e MST adeguate all'evoluzione epidemiologica, sociale e sanitaria della malattia;

• sviluppare, in stretta correlazione con il sistema di sorveglianza delle malattie infettive e diffusive, i sistemi integrativi di sorveglianza quali:

– sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV;

– sistema di sorveglianza TB.

• promuovere attività di prevenzione negli ambiti di vita e dei mondi vitali delle persone, con particolare riferimento agli adolescenti e ai giovani con interventi che favoriscano un approccio corretto e consapevole alla sessualità e alla procreazione;

• migliorare gli interventi di controllo – isolamenti, disinfezione profilassi – nelle strutture penitenziari lombarde;

• potenziare il sistema di monitoraggio epidemiologico nelle aree di riferimento in accordo con gli organismi nazionali ed internazionali;

• garantire l'assistenza extra-ospedaliera ai malati di AIDS monitorando l'evoluzione dei bisogni assistenziali a fine di adeguare prontamente la programmazione delle Unità di Offerta;

• monitorare lo sviluppo delle rete delle Unità di Offerta extraospedaliere per malati di AIDS al fine di promuovere e sostenere una qualificazione delle stesse.

In tale scenario, deve continuare a perfezionarsi l'assistenza sanitaria e farmacologica alla popolazione carceraria, superando e appianando il conflitto di competenze con l'amministrazione carceraria nell'ottica di una copertura assistenziale completa.

1.4 Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie ad ampio impatto sociale

Per quanto riguarda la prevenzione, diagnosi e cura di patologie quali quelle interessanti il sistema cardiocerebrovascolare, quelle oncologiche, quelle relative alla salute mentale, esistono specifici piani di settore già approvati **(21)**, che dovranno essere portati a compimento. Si rimanda dunque a tali piani di settore, nonché al Piano Sangue, per quanto riguarda le specifiche attività da sviluppare e/o consolidare, limitandosi in questa sede a riportare gli aspetti salienti e le eventuali implementazioni dei suddetti piani.

1.4.1 Prevenzione, diagnosi e cura della patologia oncologica

Le malattie neoplastiche costituiscono la seconda causa di morte in Lombardia dopo le malattie del sistema cardiocircolatorio. La Regione ha approvato il Piano di interventi in campo oncologico per il triennio 2004-2006, basato sulla realizzazione di una rete integrata tra i servizi sanitari e sociosanitari e tutti i soggetti che svolgono attività di cura e di assistenza al paziente oncologico nelle varie fasi della malattia. Sono in atto in Lombardia numerose iniziative finalizzate alla prevenzione primaria e secondaria, alla diagnosi e al miglioramento terapeutico e assistenziale in campo oncologico. La Regione intende monitorare, avvalendosi della Commissione Oncologica Regionale, l'attuazione degli interventi delineati nel Piano Oncologico.

Per quanto attiene la sfera della prevenzione in ambito oncologico, l'obiettivo è quello di prevenire l'insorgenza ed aumentare la sopravvivenza per le malattie neoplastiche con particolare riferimento ai tumori oggetto dei programmi di screening organizzati. In particolare si tratta di:

• sviluppare programmi di prevenzione primaria in accordo con quanto previsto nel settore «promozione degli stili di vita sani»;

• potenziare le strategie di reclutamento della popolazione target per lo screening del carcinoma mammario ed assicurare elevati livelli di qualità dei programmi;

• individuare strategie utili a razionalizzare l'accesso al test di screening per il carcinoma della cervice uterina;

• avviare e portare a regime lo screening del carcinoma colonrettale.

Le azioni prioritarie riguarderanno:

– la valutazione dei livelli di qualità dei programmi di screening per il carcinoma della mammella, verificando, per ciascuna Struttura erogatrice, gli indicatori relativi, e prevedendo anche iniziative di formazione per i referenti delle ASL;

– il completamento dello screening per il carcinoma del colon retto in tutte le ASL;

– la valutazione dei dati relativi allo screening del carcinoma della cervice uterina, analizzando anche i dati provenienti da altri sistemi informativi, così da aggiornare le linee-guida in materia.

Ciò nella logica di completamento delle attività di prevenzione del Piano Oncologico che vede le ASL impegnate nelle seguenti azioni:

– l'avvio o il completamento, a livello di ASL, di specifici progetti di educazione sanitaria, rivolti a target di popolazione predefiniti, per la lotta al tabagismo e l'educazione alimentare;

– lo svolgimento dello screening per il tumore della mammella secondo quanto previsto dalle linee-guida regionali, con particolare riguardo al rispetto delle scadenze di round ed alle percentuali di adesione.

La programmazione in tale ambito è rivolta a:

• ridurre l'incidenza della patologia neoplastica, con particolare riguardo alla quota di tumori attribuibili a fattori ambientali/occupazionali o alle abitudini di vita, per i quali la programmazione sanitaria consenta interventi di prevenzione/contenimento dei rischi;

• aumentare la sopravvivenza, potenziando le strategie di reclutamento della popolazione da sottoporre a screening di prevenzione dei tumori, sollecitando la collaborazione dei medici di medicina generale e rafforzando l'informazione e l'educazione alla salute al fine di aumentare la tempestività della diagnosi precoce;

• migliorare il modello organizzativo-gestionale di riferimento per la patologia neoplastica.

Gli obiettivi da realizzare sono finalizzati, in particolare, ad implementare il modello organizzativo di rete oncologica nelle sue tre componenti fondamentali (dipartimento oncologico, sistema informativo, ASL e MMG), attraverso l'adozione di una piattaforma tecnologica/sistema informativo e del sistema di qualità, la promozione dell'integrazione delle strutture che operano in rete, consolidando i 22 Dipartimenti Oncologici Provinciali, il raccordo con le ASL e le cure primarie e assistenziali, le azioni di informazione, educazione sanitaria e formazione.

1.4.2 Prevenzione diagnosi e cura delle malattie cardiocerebrovascolari

Le patologie cardiocerebrovascolari restano la causa di morte più diffusa nei Paesi sviluppati e anche in Lombardia, nonostante il riscontro di una diminuzione della mortalità per entrambe le due quote maggiori di patologia cardiovascolare, la mortalità coronarica e la mortalità per accidenti cerebro-vascolari.

La lotta delle patologie cardiocerebrovascolari richiede uno

---

(21) D.g.r. n. 7/17513 del 17 maggio 2004 «Piano regionale triennale per la salute mentale» in attuazione del PSSR 2002-2004; d.g.r. n. 7/18346 del 23 luglio 2004 «Interventi in campo oncologico» in attuazione del PSSR 2002-2004; d.g.r. n. 7/20592 dell'11 febbraio 2005 «Patologie cardiocerebrovascolari: interventi di prevenzione, diagnosi e cura»; l.r. 8 febbraio 2005, n. 5 «V Piano regionale sangue e plasma della Regione Lombardia per gli anni 2004-2008».

sforzo integrato dell'intero sistema sanitario e una «alleanza» con i cittadini, tramite la promozione di un ruolo attivo degli stessi nell'affronto e nella riduzione dei fattori di rischio.

L'ingente numero delle tematiche relative alla patologia cardiocerebrovascolare, non consente di enumerare in modo dettagliato i singoli campi applicativi, per cui si forniscono di seguito solo alcune indicazioni di massima sulle finalità ed obiettivi da raggiungere.

Gli interventi di prevenzione della patologia richiedono, infatti:

• lo sviluppo di programmi di prevenzione primaria in accordo con quanto previsto nel settore «promozione degli stili di vita sani»;

• il sostegno alla creazione della rete per garantire il raccordo tra l'impostazione di comunità e di intervento sul singolo individuo delle azioni;

• lo sviluppo nella rete di assistenza primaria dell'utilizzo del counseling individuale nell'ambito della somministrazione della carta del rischio.

Conseguentemente, si prevede di raggiungere i seguenti obiettivi:

• la promozione di campagne di comunicazione alla popolazione in generale e di educazione alla salute nelle scuole;

• l'identificazione e la gestione di soggetti ad alto rischio cardiocerebrovascolare con la collaborazione del Medico di Medicina Generale per l'utilizzo della carta del rischio, il counseling educazionale e la valutazione dell'appropriatezza degli interventi;

• la promozione di interventi formativi rivolti agli operatori sanitari;

• la promozione di iniziative per la specializzazione, cooperazione e comunicazione tra strutture sanitarie della rete cardiocerebrovascolare e territorio, anche con utilizzo di servizi di telemedicina;

• la riorganizzazione e la riallocazione delle risorse nelle strutture più idonee a rispondere alle esigenze del percorso di cura del paziente, evitando l'utilizzo improprio delle strutture stesse, con vantaggi anche in termini di accessibilità;

• lo sviluppo di ricerche in ambito epidemiologico, clinico e gestionale per rispondere in modo sempre più adeguato alle necessità dei pazienti;

• la prosecuzione delle azioni già intraprese per completare la dotazione di defibrillatori semiautomatici sulle autoambulanze di tipo BLS con e senza personale infermieristico, nelle aree interessate dal progetto, come meglio esplicitato nel capitolo sull'emergenza urgenza;

• l'identificazione di percorsi assistenziali che colleghino l'ospedale al territorio nell'ambito dell'assistenza integrata per la prevenzione e la cura dello scompenso cardiaco;

• la costituzione di una rete interospedaliera per la gestione delle sindromi coronariche acute;

• il completamento della rete interospedaliera per la gestione dell'ictus cerebrale sia in fase acuta (stroke unit) sia in fase post-acuta.

1.4.3 Il sistema sangue regionale

La recente legge regionale dell'8 febbraio 2005, n. 5 si pone come obiettivo il miglioramento continuo del sistema trasfusionale lombardo già ben consolidato in Regione Lombardia grazie alla costante attenzione su questo tema dimostrata anche in passato.

Le recenti disposizioni europee e nazionali (decreto legislativo 191/05 e legge 219/05), trovano una facile applicazione nel nostro contesto regionale, per gli elevati standard già raggiunti in ambito trasfusionale.

I provvedimenti e gli atti da adottare, nell'ottica del rispetto dell'uniformità nazionale dei livelli essenziali trasfusionali di produzione e di funzioni cliniche assistenziali, prevedono le seguenti priorità:

– mantenere la già raggiunta autosufficienza regionale in termini di sangue e derivati;

– contribuire all'autosufficienza nazionale ed internazionale di sangue e derivati;

– garantire elevati livelli di qualità e di sicurezza in tutti i processi trasfusionali, per una sempre maggiore garanzia del donatore e tutela del ricevente;

– individuare centri di riferimento regionali quali centri di eccellenza in relazione ai quali creare una rete di presidi che soddisfino le reali necessità di prevenzione, cura ed assistenza della popolazione lombarda;

– collaborare e sostenere Associazioni e Federazioni di donatori volontari nella promozione e nello sviluppo della donazione, nel miglioramento degli stili di vita e nella promozione alla salute, secondo le necessità indicate dalla programmazione regionale;

– implementare il sistema informativo trasfusionale per:

• una migliore gestione dei donatori e dei pazienti con l'applicazione dell'appropriatezza clinica;

• lo sviluppo di una metodologia gestionale di valutazione dei costi delle attività trasfusionali,

• l'integrazione con il sistema informativo sanitario;

– introdurre ai vari livelli organizzativi del sistema trasfusionale un sistema di gestione della qualità;

– promuovere progetti specifici per iniziative di partnership internazionale in progetti finanziati dalla Unione Europea relativi alla materia trasfusionale.

1.5 Prevenzione delle malattie cronico-degenerative ad ampio impatto sociale

L'attuale contesto epidemiologico vede una indiscutibile prevalenza della patologie a carattere cronico-degenerativo, che, a differenza di quelle infettive, riguardano l'intera popolazione, in tutte le fasce d'età e, spesso, a prescindere dai comportamenti individuali o dalle aree sociali di appartenenza.

Benché la prevenzione di tali malattie sia complessa, in relazione alla multifattorialità che le determina, alcuni interventi, per i quali vi è una dimostrata efficacia, sono possibili ed in molti casi utili a prevenire non una sola patologia, ma un insieme di quadri clinici degenerativi.

Oltre all'informazione ed educazione sanitaria, con la promozione di stili di vita sani, di cui si è già detto, alcuni interventi di prevenzione secondaria e terziaria sono determinanti nel contenere l'incidenza delle malattie e soprattutto delle loro complicanze.

1.5.1 Il diabete

L'assistenza diabetologica in Lombardia è di buon livello rispetto agli standard nazionali e internazionali, anche se vi è la necessità di aumentare la sistematicità ed il coordinamento della gestione dei pazienti diabetici da parte dei MMG e delle strutture diabetologiche ospedaliere, integrando le competenze di primo e secondo livello, anche attraverso la creazione di reti di patologia.

È essenziale l'interazione di diverse professionalità per la prevenzione e la cura della retinopatia, nefropatia e cardiopatia diabetica e per la prevenzione e cura del piede diabetico.

La prevenzione attiva delle complicanze antidiabetiche deve coinvolgere tutte le professionalità, dai MMG ai medici specialisti ospedalieri e ambulatoriali e avvalersi del contributo delle associazioni dei pazienti diabetici.

Tenendo conto del rapporto costi/benefici saranno ulteriormente valorizzate procedure di monitoraggio e di assistenza domiciliare ai soggetti affetti da questa patologia.

1.5.2 Obesità

Il sovrappeso e l'obesità rappresentano problemi rilevanti per la popolazione, e oltre ad essere in sé patologia, costituiscono uno dei principali fattori di rischio per altre malattie.

Ciò richiede interventi sia di carattere preventivo, mirati all'informazione ed educazione ad una corretta alimentazione, sia di terapia e recupero funzionale, favorendo lo sviluppo delle competenze specialistiche già presenti nel SSR.

1.5.3 Patologie dell'apparato respiratorio

Le malattie respiratorie rappresentano la terza causa di morte e tra queste la BPCO è responsabile del 50% dei decessi (per insufficienza respiratoria) con mortalità e tassi di ospedalizzazione raddoppiati negli ultimi 15 anni. Si rendono necessari: case finding nei fumatori a rischio e diagnosi precoce per individuare la patologia cronica e intervenire al fine di ridurre la progressione delle malattie respiratorie verso livelli di gravità maggiore (insufficienza respiratoria e disabilità) e la gestione integrata della malattia (ospedale/territorio) in grado di prevenire le riacutizzazioni e di garantire dimissioni protette.

Tra le patologie dell'apparato respiratorio una particolare at-

tenzione andrà posta alle modalità d'approccio alla tubercolosi, anche in relazione alla presenza di cittadini provenienti da Paesi ad alta incidenza, realizzando le azioni prioritarie previste nel Piano regionale per la prevenzione ed il controllo della malattia tubercolare adottato nel 2005. Per quanto riguarda le patologie respiratorie dell'infanzia e degli adulti conseguenti a fenomeni allergici e legati all'inquinamento dell'aria, l'approfondimento epidemiologico del fenomeno è necessario per contenerne gli effetti più gravi.

Dovranno essere considerate nuove possibilità tecnologiche messe a disposizione per il monitoraggio e la cura delle insufficienze respiratorie e per il trattamento domiciliare delle patologie respiratorie ad andamento cronico, come pure essere aggiornati, in modo rispondente alla continua evoluzione tecnologica e terapeutica, i protocolli operativi e gli indirizzi funzionali e organizzativi per l'assistenza pneumologica, valorizzando la funzione della rete specialistica, secondo le indicazioni organizzative ed operative in campo pneumologico, con riferimento alla degenza per acuti, alla degenza tisiologica, all'assistenza respiratoria intensiva e alla riabilitazione respiratoria. Le U.O. pneumologiche saranno inserite in un sistema di rete ospedale-territorio, che garantisca la continuità delle cure con programmi di assistenza domiciliare respiratoria hospital based ad alta intensità per i pazienti con insufficienza respiratoria avanzata.

Dovrà essere valutata l'opportunità di istituire strutture per terapia subintensiva delle gravi insufficienze respiratorie croniche e di trasferire le evidenze ottenute nelle sperimentazioni di assistenza domiciliare ai soggetti affetti da insufficienza respiratoria cronica, estendendo l'area territoriale ed incrementando il numero di soggetti coinvolti.

Verranno inoltre implementati i progetti «ospedali senza fumo» e gli «ambulatori anti-fumo» di secondo livello per la patologia respiratoria.

1.5.4 Malattie allergiche

Gli ultimi dati epidemiologici mostrano un forte e costante aumento della patologia allergica (si stima che circa il 30% degli adolescenti risulti essere affetta da oculorinite allergica).

In ambito allergologico l'attività diagnostica, come pure le terapie farmacologiche, vanno definite in sede specialistica sia per problemi di appropriatezza che per razionalizzare gli interventi. La immunoterapia specifica, che prevede la fornitura gratuita dei vaccini desensibilizzanti, andrà ricondotta anche per gli aspetti distributivi presso i centri specialistici qualificati (che saranno potenziati) a garanzia di terapie assegnate a pazienti opportunamente selezionati e motivati.

L'educazione sanitaria, specie in campo scolastico, andrà opportunamente incentivata in particolare per gli aspetti connessi con il trattamento dell'asma e dell'allergia alimentare (es. somministrazione di farmaci sintomatici e salvavita).

1.5.5 Le malattie reumatiche

Il progressivo incremento della popolazione anziana, la maggior disponibilità di mezzi diagnostici e di trattamenti più efficaci per queste malattie sovente invalidanti, costringono ad un ripensamento relativo alle modalità ottimali di approccio per questi pazienti. In particolare, mediante linee guida diagnostiche e terapeutiche, si dovrà ottenere che il percorso del paziente affetto da una stessa patologia reumatica sia simile indipendentemente dal centro che lo ha in cura unitamente al proprio MMG. Si dovranno inoltre attivare tutte quelle iniziative utili a promuovere una diagnostica e un trattamento precoce di queste affezioni.

D'altra parte è oramai riconosciuto, sia in Italia che all'estero, che le malattie croniche dell'apparato locomotore rappresentano, assieme a quelle respiratorie, cardiocircolatorie e del sistema nervoso centrale, la causa più frequente di ricorso sia al MMG che allo Specialista. Esse inoltre dal punto di vista economico, soprattutto a causa del progressivo incremento della popolazione anziana incidono sempre più pesantemente sui costi sanitari della popolazione. Sarà necessario valutare l'incidenza, i livelli di assistenza, i gradi di inabilità e i costi delle malattie reumatiche, così da elaborare un progetto di rete integrata di assistenza che, mediante un processo di cooperazione ed interazione tra MMG, PLS e specialisti ospedalieri e ambulatoriali, garantisca assistenza continua ed integrata, nelle fasi di prevenzione delle complicanze, diagnosi e cura, del malato reumatico.

1.5.6 Le malattie renali

I pazienti con malattie renali e con insufficienza renale cronica sono in continuo aumento. I pazienti, con particolare riguardo a quelli in età più avanzata, mostrano inoltre una maggiore frequenza di comorbilità, con conseguente elevato carico assistenziale.

Nel 2002, l'età media di ingresso di nuovi pazienti in dialisi è stata di 67 anni; il 50% di questi nuovi ingressi presenta un'età > 70 anni, mentre i pazienti con età < 45 anni rappresentano solo l'8%.

Si nota un incremento progressivo e costante dei pazienti con nefropatia diabetica ed un incremento molto più rilevante della nefropatia su base vascolare che rappresentano un quarto di tutte le cause di uremia e che, sommate a quelle vascolari superano il 40%.

Le uscite dal programma di dialisi, per mortalità e per trapianto, non bilanciano i nuovi ingressi; ciò ha comportato in questa ultima decade un aumento annuo del numero di pazienti da inserire in programma di dialisi. Il trattamento dialitico ha un forte impatto, oltre che da un punto di vista socio-economico, sulla qualità della vita delle persone che vi si devono sottoporre. Programmi coordinati di intervento sulla individuazione ed il trattamento precoce di soggetti in fase di insufficienza renale iniziale sono in grado di indurre il rallentamento della progressione verso l'uremia e la dialisi di un numero significativo di pazienti. La prevenzione secondaria consiste nella individuazione precoce dei soggetti con insufficienza renale iniziale e il loro riferimento a una struttura nefrologica per un inquadramento del profilo metabolico e del profilo cardio-vascolare. A tal fine saranno previsti sia interventi di formazione per i medici di medicina generale, sia sistemi di monitoraggio per valutare l'incidenza ed i percorsi diagnostico-terapeutici in atto, con il rafforzamento delle funzioni del Registro Lombardo di Dialisi e Trapianto e la incentivazione della deospedalizzazione (centri ad assistenza limitata, dialisi peritoneale ed emodialisi a domicilio).

La riorganizzazione delle strutture nefrologiche e dialitiche potrà essere attuata, nell'ottica di una rete integrata, anche attraverso le sinergie pubblico-privato ed una stretta connessione tra ospedale e territorio. L'organizzazione in rete consentirà di poter facilitare l'accesso al trattamento sostitutivo, più indicato dalla loro condizione clinica, ai pazienti che necessitano di dialisi, garantendo loro altresì un'adeguata assistenza medico-infermieristica.

Sistemi di telemedicina dedicata potranno orientare i pazienti idonei, che necessitano di dialisi, verso le loro famiglie con modalità di trattamento erogabili senza necessità di dover accedere alle strutture ospedaliere

Saranno inoltre sostenute iniziative atte ad incrementare l'attività di trapianto renale.

1.5.7 Le malattie neurologiche

Una particolare attenzione dovrà essere posta nei confronti delle patologie neurologiche che, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione, stanno assumendo dimensioni notevoli, quali il morbo di Parkinson e le demenze tra cui la malattia di Alzhameir.

Oltre che la diagnosi precoce, dovranno essere favorite le iniziative di prevenzione, che hanno dimostrato di avere influenza nel rallentare l'insorgenza di tali patologie. Allo stesso modo un approfondimento dovrà essere attuato nello studio dei protocolli di cura e sull'appropriatezza delle terapie e ricoveri.

Per quanto riguarda l'epilessia, verrà promosso il potenziamento della messa in rete funzionale dei centri per l'epilessia (epinetwork), al fine di consentire un'assistenza adeguata e distribuita in modo omogeneo su tutto il territorio e verranno pertanto definite linee guida e protocolli diagnostici specifici per le differenti situazioni sindromiche, a disposizione in rete per tutti gli operatori.

1.6 La promozione e tutela della famiglia

Il sistema del welfare deve essere ridisegnato rispetto alle esigenze della famiglia, definendo un programma di intervento a sostegno della famiglia e della maternità attraverso azioni concrete rivolte al singolo nucleo familiare: buoni e voucher per famiglie numerose, contributi per la nascita del terzo figlio, estensione delle agevolazioni fiscali, riduzione della tensione reddituale, agevolazioni per affitti in particolare per giovani coppie; ed anche attraverso azioni rivolte alla promozione di azioni tese ad attivare legami di solidarietà tra persone, famiglie, gruppi sociali.

In tale logica di sostegno, occorre altresì ripensare il rapporto famiglia/lavoro, con l'obiettivo di supportare la conciliazione tra maternità e lavoro, anche attraverso la riqualificazione ed il consolidamento della rete di servizi per la 1ª infanzia, con particolare riferimento ad interventi di natura strutturale. La famiglia andrà inoltre sostenuta nel suo ruolo di care giver con sperimentazioni di nuove forme di incontro tra la domanda delle famiglie e l'offerta di soggetti da impiegare nell'assistenza familiare a persone non autosufficienti.

Con riguardo al sistema degli interventi andrà rivista l'attività dei consultori soprattutto in un'ottica di sostegno e sviluppo delle risorse familiari e dei servizi di base fortemente orientati alla prevenzione, informazione ed educazione alla salute, con preciso impegno a favorire un servizio di consulenza e orientamento che possa rispondere alle difficoltà che la famiglia incontra durante l'età fertile.

1.7 Il governo della rete sociosanitaria

Lo sviluppo, la riqualifica e la diversificazione all'accesso alla rete sociosanitaria, deve tenere conto della domanda e dei bisogni sociali emergenti e della necessità di agire sia sul lato dell'offerta dei servizi che su quello delle cure domiciliari al fine di contrarre i costi e di attivare misure concrete di sostegno alla famiglia. Ciò significa portare a compimento l'organizzazione del sistema domiciliare (buoni e voucher sociosanitari e sociali) ed estendere il sistema di accreditamento istituzionale anche al sistema socio-assistenziale.

All'interno della revisione dei sistemi di remunerazione dei servizi socio-sanitari sarà introdotta, a partire dagli istituti di riabilitazione, il passaggio da sistema a tariffa a sistema per budget attraverso la negoziazione con i soggetti erogatori e la sottoscrizione di contratti con l'ASL competente.

Stesso strumento sarà introdotto per l'Assistenza Domiciliare Integrata-Voucher, i Centri Diurni Disabili ed i Centri Diurni Integrati.

1.8 Il consolidamento istituzionale della sussidiarietà e lo sviluppo del Terzo settore

La piena attuazione del principio di sussidiarietà deve essere garantita, non solo riconoscendo la partecipazione attiva del privato sociale all'erogazione di servizi, in particolare attraverso la strumento della voucherizzazione, ma anche attraverso la valorizzazione della progettualità e la partecipazione alla governance del sistema in un'ottica di corresponsabilità nelle scelte. In questo senso, verranno concordati i contenuti di una riforma sulla disciplina delle organizzazioni non profit e delle imprese sociali; i provvedimenti attuativi della legge sul servizio civile, attraverso un'organizzazione e strutturazione del servizio a livello locale.

Un ruolo sociale più incisivo va riconosciuto al Terzo settore, e questo significa, in generale:

– incentivare azioni di formazione rivolte allo sviluppo di competenze e focalizzando, in parallelo, da parte della Regione l'attenzione sulle attività di accreditamento e valutazione;

– sostenere iniziative di promozione delle partenership tra profit e non profit attraverso la Borsa dei Progetti Sociali per l'individuazione di progetti comuni di responsabilità sociale d'impresa;

– consolidare e sviluppare il ruolo di partecipazione all'attività di erogazione dei servizi in sussidiarietà orizzontale, attraverso tavoli di scambio e confronto finalizzati a promuovere modelli sempre più avanzati.

1.9 La coesione sociale

I cambiamenti strutturali in atto nella società possono incidere in maniera negativa su fasce particolarmente vulnerabili: fattori quali disoccupazione, dipendenza da fonti di reddito insufficienti, impieghi inadeguati, precarie condizioni di alloggio, bassi livelli di qualificazione e abbandono degli studi, possono trasformarsi in fattori di povertà ed esclusione sociale. Occorre intervenire con strategie preventive che, in una logica di sistema, implementino la coesione.

In quest'ottica, verranno promosse iniziative di carattere sperimentale in quartieri di particolare degrado, volte ad attivare le risorse presenti nella comunità, al fine di creare un sistema flessibile di servizi e opportunità che concilino prospettiva economica e integrazione sociale attraverso forme di progettazione partecipata tra operatori del privato sociale, della scuola, dei servizi territoriali e delle stesse famiglie.

2. Gli obiettivi di salute e di benessere sociale

2.1 La salute della donna e del bambino, la tutela dei minori e gli interventi nei confronti degli adolescenti

Gli aspetti che riguardano il settore materno-infantile sono molteplici, ma il momento della nascita del bambino rappresenta indubbiamente uno dei profili più rilevanti e significativi. È necessario rinvigorire il desiderio e la consapevolezza della maternità come grande valore della nostra storia, che ha sempre fatto perno sulla solidarietà della famiglia allargata alla comunità. Sarà pertanto fondamentale orientare le cure affinché privilegino l'aspetto umano e relazionale, con gli operatori pronti a cogliere le varie criticità e a porre loro rimedio. Nel «percorso nascita» le diverse strutture ospedaliere e le loro diverse figure professionali devono operare in modo integrato e in collegamento con le strutture territoriali, in un intervento finalizzato alla tutela della salute della madre e del bambino.

Bisogna pertanto perseguire una coerenza assistenziale interdisciplinare (ostetrico – rianimatorio – neonatologica), che garantisca al meglio una nascita «sicura» e una politica della qualità delle cure; a tal fine, va implementato il processo di informatizzazione integrata fra ospedale e territorio.

Particolare attenzione va posta al corso di accompagnamento al parto, al fine di predisporre per le madri ed i loro piccoli un reale percorso assistenziale che comprenda il prima ed il dopo dell'evento nascita.

Durante il corso di accompagnamento al parto, in una situazione quindi di tranquillità, vanno presentati ed illustrati alla futura mamma:

- le indicazioni per uno stile di vita ed una alimentazione corretta da tenersi durante tutta la gravidanza, nel post partum e durante l'allattamento;
- l'importanza dell'allattamento al seno;
- i rischi e i benefici della analgesia in travaglio di parto, che dovranno essere altresì evidenziati nel «consenso informato». Qualora la futura mamma intendesse beneficiare di tale procedura, dovrà essere indirizzata al punto nascita che garantisce la prestazione;
- le indicazioni e controindicazioni del «taglio cesareo su richiesta materna».

La gravidanza ed il parto sono da considerare eventi «fisiologici».

Uno degli obiettivi prioritari da perseguire durante la gravidanza è quello di prevedere, attraverso i necessari controlli, le possibili implicazioni patologiche, consigliando quindi per il parto il livello assistenziale più adeguato alle prevedibili necessità della madre e del nascituro; in tutti i casi, deve comunque essere garantito l'elevato livello degli standard di qualità, sicurezza e tempestività assistenziale.

È peraltro intento della Regione ridurre l'incidenza statistica dei parti cesarei inappropriati, attraverso un'informazione che evidenzi gli aspetti positivi del parto naturale, promuovendo l'allineamento delle strutture regionali agli standard consolidati a livello europeo, dove il ricorso al parto chirurgico si mantiene su tassi nettamente inferiori a quelli che ancora oggi si registrano in Italia.

In questo contesto, bisogna tenere conto anche delle problematiche connesse al costante aumento dei parti di donne appartenenti a paesi non comunitari.

La Regione si attiverà per promuovere l'allattamento al seno, attraverso campagne di sensibilizzazione e di informazione mirate presso le ASL ed i reparti maternità di tutti gli ospedali lombardi e corsi di formazione specifica per i pediatri.

2.1.1 L'équipe ostetrica (ginecologo e ostetrica)

Speciale attenzione verrà rivolta alle seguenti problematiche ostetrico-ginecologiche che, per la delicatezza dei temi trattati, sono di grande interesse ed impatto sull'opinione pubblica:

- la procreazione medicalmente assistita, mediante un accreditamento rigoroso e un'attenta e costante valutazione del mantenimento dei requisiti di accreditamento da parte dei centri autorizzati a praticarla, al fine di garantire il rispetto dei requisiti tecnico-scientifici ed organizzativi delle strutture, nonché delle caratteristiche del personale in esse impiegato definiti dalla Regione ai sensi dell'articolo 10 della legge 19 febbraio 2004, n. 40;
- l'interruzione volontaria di gravidanza, attraverso il monitoraggio dell'attività e l'implementazione dei percorsi di assistenza;

• l'oncologia ginecologica;

• le tecniche chirurgiche mini-invasive con l'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici.

Il ruolo del neonatologo pediatra ospedaliero è quello di assicurarsi dello stato di salute del neonato alla nascita e di provvedere al suo corretto trattamento fino alla dimissione. Particolare importanza ricopre l'informazione data alla mamma, anche durante il corso di accompagnamento al parto. Infine va sottolineata l'imprescindibile necessità di stretta collaborazione con i Pediatri di libera scelta.

L'obiettivo prioritario da perseguire durante la gravidanza è quello di consigliare per il parto il livello assistenziale adeguato alle prevedibili necessità del nascituro, con la tempestiva e corretta trasmissione dell'informazione tra ginecologo e neonatologi. La collaborazione tra i due specialisti risulta tanto più importante quanto più è grave la patologia feto – neonatale. Al fine di perseguire gli obiettivi sopra esposti, le strutture di ricovero dovranno essere articolate in:

• strutture di base;

• strutture di riferimento per patologia.

In particolare, per quanto riguarda la neonatologia, perché un punto nascita possa definirsi di riferimento, deve presentare o la patologia neonatale o la terapia intensiva neonatale.

Al fine di assicurare il soddisfacimento delle necessità in base alla dislocazione territoriale, va analizzata sia la distribuzione nella Regione dei punti nascita di riferimento sia l'organizzazione della rete del trasporto del neonato a rischio.

La difficoltà nel reperire personale medico ed infermieristico specializzato, rappresenta una criticità del sistema necessariamente da superare nell'arco del triennio di attuazione del presente piano.

Saranno definiti dei percorsi che consentiranno di poter individuare il punto nascita più appropriato al soddisfacimento degli specifici bisogni di salute della mamma e del bambino, sia durante il parto, sia durante la degenza neonatale, e attivate procedure atte a favorire il precoce inserimento(> 48 h e < 72 h) del binomio madre-neonato nell'ambito familiare e l'inizio dell'allattamento materno.

2.1.2 Ospedalizzazione in età pediatrica

Nei Reparti di Pediatria della Lombardia si sta registrando una situazione di diffusa problematicità, le cui cause possono essere ricollegate a vari fattori:

• la riduzione del numero di Pediatri che si specializza nelle Scuole di Specialità;

• la scelta dell'Italia, unica fra tutti gli stati dell'Unione, di introdurre la figura del Pediatra di Base;

• il progressivo consolidamento della carenza di pediatri ospedalieri, in parte legata alla scelta degli specialisti di dedicarsi all'attività pediatrica di base;

• la presenza di profili deficitari nell'azione di filtro delle strutture e degli operatori del territorio, che fa aumentare gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso.

Nel confermare le linee programmatiche di settore espresse nel precedente PSSR si procederà all'attuazione di modelli di integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale quali:

• la collaborazione fra pediatri di libera scelta e ospedalieri per la gestione dei pazienti, sia in caso di accesso al Pronto Soccorso pediatrico che in caso di ricovero, mettendo a disposizione dei PLS la gestione di risorse del sistema ospedaliero;

• l'elaborazione di percorsi diagnostico terapeutici integrati e condivisi con i Pediatri di Libera Scelta per la gestione delle più comuni patologie, comprensivi anche dei criteri di ricovero e delle modalità di follow-up, anche in riferimento alle dimissioni precoci/protette;

• l'incentivazione di reti tra MMG e PLS;

• la promozione della figura dei PLS come «second opinion» rispetto ai quesiti formulati dal medico di medicina generale;

• la realizzazione di interventi congiunti di educazione sanitaria alle famiglie relativamente alle indicazioni di urgenza ed emergenza e all'utilizzo corretto dei servizi sanitari;

• l'attivazione di Servizi di guardia pediatrica notturni e festivi funzionalmente integrati con le strutture ospedaliere.

Si lavorerà inoltre per garantire una presenza più duratura del pediatra neo-specializzato in ospedale, attraverso una contrattazione regionale incentivante previa accordi con le associazioni di categoria e la Federazione degli Ordini dei Medici.

Per ridurre i ricoveri inappropriati, sarà rimodulata la remunerazione dei ricoveri per quelle patologie che potrebbero essere curate a domicilio, liberando risorse a favore delle unità organizzative caratterizzate da casistica più complessa.

Tra gli altri interventi da implementare, si ritiene fondamentale:

• promuovere la stipula di un accordo fra la Regione e l'Università, al fine di formare un numero maggiore di specialisti in pediatria;

• valorizzare i servizi, più che le degenze, in Ospedale e potenziare le attività ambulatoriali, razionalizzando le prestazioni di I e II livello, nonché selezionando e qualificando i centri di III livello;

• garantire negli Ospedali, soprattutto quelli per acuti, la presenza di un DEA, fulcro del presidio, e promuovere la domiciliazione delle cure per i casi subacuti e cronici.

2.1.3 Urgenza-emergenza pediatrica

Le linee di intervento da perseguire per incidere sulle evidenziate criticità sono le seguenti:

• favorire una più stretta collaborazione tra il pediatra di libera scelta ed il pediatra che opera in ambito ospedaliero, al fine di ridurre gli accessi impropri alle strutture ospedaliere, con particolare riferimento alle attività pediatriche di pronto soccorso; a questo scopo, ruolo essenziale riveste l'O.B. Pediatrico. In questo senso sarà necessario sviluppare livelli di integrazione tra struttura ospedaliera e pediatri di libera scelta migliorando l'informazione reciproca e l'accesso alla documentazione clinica, programmando congiuntamente i percorsi domiciliari/territoriali successivi. I criteri di inclusione e di esclusione per i ricoveri in OBI saranno codificati in precisi protocolli;

• sviluppare una maggiore integrazione con il PLS rispetto all'accesso in PS programmando direttamente l'accesso all'ambulatorio del PLS per il successivo controllo post dimissione

• programmare e attuare, in strutture selezionate, la disponibilità operativa da parte del pediatra, il quale potrà offrire un servizio di consulenza telefonica alle Centrali Operative 118 o al personale dei Pronto Soccorso privi di personale di competenza pediatrica;

• promuovere l'attivazione sul territorio di reti di PLS che assicurino una continuità assistenziale di almeno 12 ore e, ove possibile, nei giorni prefestivi e festivi nelle ore diurne;

• ricoverare i bambini esclusivamente in reparti pediatrici;

• definire i rapporti di collaborazione-integrazione funzionale «trasversali» tra Dipartimento Materno Infantile (D.M.I) e Dipartimento dell'emergenza.

La Regione promuoverà la sperimentazione di ambulatori gestiti dai pediatri di libera scelta all'interno del Pronto Soccorso Pediatrico. Tale impostazione innovativa potrebbe consentire di conseguire i seguenti vantaggi:

• il personale addetto al triage verrebbe messo nelle condizioni di smistare immediatamente i pazienti destinati all'Ambulatorio da quelli destinati al Pronto Soccorso;

• il Pediatra di libera scelta in servizio nell'ambulatorio potrebbe avere ad immediata disposizione i servizi diagnostici d'urgenza (strumentali e consulenze specialistiche);

• sia il Pediatria ospedaliero che quello di PLS potrebbero discutere in tempo reale fra di loro le problematiche del singolo paziente, ivi comprese l'indicazione e la programmazione di accertamenti, controlli o ricoveri.

2.1.4 Prevenzione della sindrome della morte improvvisa dell'infante (SIDS) e della morte inaspettata del feto

La SIDS è la più frequente causa di morte nel primo anno di vita nei paesi industrializzati e colpisce in media un piccolo ogni 1000 nati. La morte inaspettata del feto a termine ha un'incidenza del 6‰ circa. I costi sociali per le terapie di sostegno medico psicologico per i familiari sono rilevanti.

Vanno peraltro considerate le relative ricadute in termini scientifici che potrebbero derivare dalle accresciute conoscenze su queste patologie; tali ricerche dovrebbero essere mirate proprio sul periodo di vita perinatale che, secondo molti scienziati potrebbe detenere molte risposte alle patologie dell'adulto e persino dell'anziano, tra cui l'arterosclerosi.

La sindrome si configura come un problema multifattoriale focalizzato sulle teorie patogenetiche rispettivamente cardiaca (aritmogena) respiratoria (apnea), della discinesia viscerale e delle anomalie del sistema nervoso neurovegetativo.

Saranno proseguiti gli studi già avviati in collaborazione con il gruppo di lavoro Network dei Centri Regionali (Decreto Direzione Generale Sanità – Regione Lombardia n. 15965 del 3 novembre 2005) riguardanti la prevenzione, la ricerca anatomo-clinica, le indagini anatomo-patologiche e di genetica molecolare e l'aggiornamento professionale nel campo della SIDS e della morte inaspettata del feto a termine.

2.2 Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

Si prevede, di dare continuità alle azioni svolte nei piani precedenti e in particolare ai programmi e alle azioni previste nel piano triennale adottato con la d.g.r. 18344 del 23 luglio 2004, finalizzando gli interventi nei comparti con maggiore rischio e a rischi specifici emergenti, quali:

- i comparti a più elevato rischio d'infortunio (costruzioni, agricoltura e sanità);
- i comparti con condizioni operative ad alto rischio (grandi opere, treni ad alta velocità, lavori temporanei in quota con funi);
- i rischi specifici emergenti (tumori professionali e stress da lavoro).

L'intervento nel complesso sistema della prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro si deve fondare sulle seguenti linee d'indirizzo:

- implementazione della rete di tutti i soggetti (pubblici e privati) a qualunque titolo impegnati nella prevenzione;
- promozione dell'integrazione dei sistemi informativi dei vari enti e organismi coinvolti (Regione, ASL, ARPA, INAIL, ISPES, Enti locali).

I principali e più importanti obiettivi di prevenzione si possono così sintetizzare:

- diminuzione e contenimento degli infortuni sul lavoro specie di quelli mortali e gravi, anche attraverso l'adozione di patti territoriali per la salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro e sostegno a specifici accordi definiti tra le parti sociali;
- informazione, formazione e addestramento specifico per i lavoratori del settore e le figure di sistema, orientati ad aumentare la consapevolezza del rischio e la cultura della sicurezza, attraverso il sostegno alle iniziative svolte dagli organismi paritetici di cui all'articolo 20 del d.lgs. n. 626/94, e/o dai comitati regionali INAIL;
- aumento della frequenza dei controlli attivando sinergie tra i diversi organismi di vigilanza;
- individuazione e promozione di soluzioni tecnologiche in grado di sostituire le sostanze cancerogene e l'esposizione professionale;
- garanzia della continuità del lavoro già svolto e dei risultati raggiunti in tema di monitoraggio grazie all'applicazione del d.lgs. 626/94 nel sistema delle imprese;
- predisposizione di banche dati a partire dai sistemi informativi già attivi (nuovi flussi informativi INAIL – ISPESL – Regione), nonché formazione degli operatori della pubblica amministrazione e delle organizzazioni sociali, così da costituire reti e sistemi territoriali.

L'applicazione/diffusione di linee guida o protocolli operativi dovrà promuovere la diffusione di nuovi comportamenti individuali, attraverso la modifica delle conoscenze e degli atteggiamenti dei soggetti, degli operatori e degli utenti cui essi sono rivolti.

La Regione svolgerà una funzione di coordinamento e di indirizzo strategico, costituendo in tal senso un importante punto di riferimento per la ASL, anche ai fini della risoluzione delle problematiche connesse ai Responsabili SPP ed ai Vertici delle Aziende, nonché con l'obiettivo di favorire un'omogenea ed efficace applicazione delle indicazioni specifiche.

La Regione predisporrà, sulla base del monitoraggio continuo degli infortuni e delle malattie professionali, l'elaborazione di un rapporto annuale da presentare in Consiglio regionale.

2.2.1 Piano regionale amianto

Le attività che oggi interessano l'amianto nel territorio della Regione Lombardia sono quelle di manutenzione di edifici, impianti e macchine, di bonifica e di smaltimento. In base ai dati ricavati dai piani di lavoro presentati alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) per la rimozione di amianto o di materiali contenenti amianto (articolo 34 del decreto legislativo 277/91), si evince che la maggior parte dell'amianto ancora presente è costituito da materiale in matrice cementizia o resinoide (95 % dei piani di lavoro degli ultimi 5 anni) e principalmente da coperture in cemento-amianto (*eternit)*.

Si stima che le coperture in cemento amianto in Lombardia siano almeno 22,6 km^2, corrispondenti ad almeno 800.000 m^3 di potenziale materiale da smaltire.

Per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti all'amianto, rimangono valide le indicazioni riportate nelle «Linee guida per la gestione del rischio amianto», approvate con d.g.r. 22 maggio 1998, n. 6/36262. Si tratta, conseguentemente, di attuare la legge regionale 29 settembre 2003, n. 17 recante «Norme per il risanamento dell'ambiente, bonifica e smaltimento dell'amianto», attraverso:

Il censimento, la valutazione della pericolosità e bonifica dei siti contenenti amianto.

La prescrizione di norme di prevenzione per la bonifica dell'amianto.

La promozione di iniziative di educazione ed informazione finalizzate a ridurre la presenza dell'amianto.

3. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita

Obiettivo del Piano è attuare interventi di prevenzione e riduzione della esposizione a fattori di rischio di tipo ambientale e di tipo tecnologico nell'ottica di un approccio globale alla salute, che considera il contesto ambientale come componente rilevante nel benessere della popolazione.

In particolare si prevede di:

- adottare iniziative per la prevenzione di danni alla salute della popolazione connessi all'inquinamento atmosferico e del suolo;
- controllare la qualità delle acque destinate al consumo umano e di quelle utilizzate per la balneazione;
- svolgere interventi per la prevenzione dell'inquinamento negli ambienti confinati (indoor), aggiornando i requisiti igienico-sanitari delle abitazioni e degli ambienti di vita collettiva;
- prevenire il rischio di tumore polmonare anche attraverso l'individuazione delle aree del territorio regionale con elevata probabilità di alte concentrazioni di radon-indoor e l'adozione di iniziative di prevenzione che riducano l'esposizione della popolazione (Linee guida per la costruzione di edifici radon-resistenti e per il risanamento di quelli esistenti);
- coordinare l'attuazione di piani locali da parte dell'ASL per l'individuazione di fonti di PCB e per prevenire conseguente esposizione della popolazione;
- prevenire e controllare l'esposizione della popolazione alle radiazioni ionizzanti, anche con riferimento alla tutela delle persone esposte per scopi medici;
- valutare e contenere i rischi per la salute dovuti ad esposizione a campi elettromagnetici prodotti da elettrodotti e reti di comunicazioni;
- adottare iniziative per ridurre l'inquinamento da rumore.

Nello svolgimento di tali attività saranno ricercate e attuate forme di collaborazione e sinergie con l'Agenzia regionale per la Protezione dell'Ambiente.

Saranno inoltre svolti interventi specifici nei seguenti settori:

- prevenzione degli infortuni domestici;
- prevenzione degli incidenti stradali;
- prevenzione delle allergopatie da ambrosia;
- lotta agli infestanti urbani.

Per quanto riguarda le urgenze/emergenze igienico-sanitarie e problematiche collegate al terrorismo l'obiettivo da perseguire nel prossimo triennio è quello di migliorare la cultura della previsione e della prevenzione nel campo delle urgenze/emergenze igienico-sanitarie e delle problematiche collegate al terrorismo, attraverso:

- l'adozione di atti di indirizzo per le ASL, al fine di sviluppare le capacità operative dei servizi per garantire un tempestivo ed efficace intervento per le urgenze ed emergenze igienico-sanitarie ed in caso di attacco terroristico;
- lo sviluppo di forme di collaborazione e di interazione fun-

zionale da porre in atto fra le diverse strutture sanitarie e della pubblica amministrazione coinvolte nell'attività di prevenzione, previsione e gestione dei rischi da eventi terroristici;

• il monitoraggio dell'applicazione dei provvedimenti regionali e aggiornamento delle Linee guida regionali sulla previsione e gestione dei rischi conseguenti ad atti terroristici;

• la definizione di Linee guida regionali per l'organizzazione della Guardia Igienica dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL.

3.1 Prevenzione degli infortuni domestici

L'obiettivo è quello di ridurre o contenere l'incidenza degli infortuni domestici nella popolazione lombarda, con particolare riguardo alla popolazione infantile ed anziana. In particolare si tratta di:

• ottimizzare il sistema di sorveglianza al fine di poter monitorare nel tempo il fenomeno;

• attivare interventi di informazione e di educazione alla salute, modulati su diversi target di popolazione;

• implementare, nei servizi territoriali dedicati alla prevenzione degli infortuni domestici, le competenze per un approccio multifattoriale di promozione della salute attraverso l'«Attivazione di Comunità»;

• consolidare e migliorare la sorveglianza regionale o locale, attraverso l'utilizzo di più fonti informative già disponibili;

• attuare interventi di formazione degli operatori sanitari per l'acquisizione di competenze di promozione della salute, attraverso l'»Attivazione della Comunità» e per l'acquisizione di informazioni tecniche di base per la valutazione della sicurezza dell'ambiente domestico;

• attuare campagne di informazione ed educazione alla salute rivolte alla popolazione infantile;

• attuare campagne di informazione rivolte alla popolazione generale relativamente agli aspetti strutturali ed impiantistici della sicurezza domestica.

3.2 Prevenzione degli incidenti stradali

L'obiettivo è quello di ridurre e contenere il numero degli incidenti stradali, attraverso:

• lo sviluppo dell'analisi epidemiologica sui fattori di rischio specifici;

• l'ottimizzazione del sistema di sorveglianza;

• l'analisi epidemiologica sui fattori di rischio specifici a livello regionale e locale;

• l'implementazione di specifiche linee guida regionali;

• le Direttive regionali alle ASL relative alla Commissione Medica Locale per il rilascio dei certificati di idoneità alla guida;

• l'attivazione di una rete che coinvolga non solo le strutture sanitarie, ma anche gli organismi deputati alla vigilanza stradale;

• l'attivazione di campagne di informazione, in collaborazione con gli Enti locali, la scuola e le associazioni di Volontariato, rivolte in particolare ai giovani ai fini della promozione di comportamenti responsabili finalizzati a prevenire l'incidentalità e ad incentivare la sperimentazione di nuove forme di trasporto collettivo negli orari notturni ove più elevato è il rischio di incidenti.

3.3 Sicurezza alimentare

I principali obiettivi di carattere generale che s'intendono perseguire nel prossimo triennio sono la tutela della salute della popolazione con consumo di alimenti sicuri e la garanzia della qualità igienico sanitaria dei prodotti, in modo da permetterne la commercializzazione a livello globale.

Per il raggiungimento di tali obiettivi è necessario:

• ridurre gli episodi di intossicazione e tossinfezione alimentare;

• ridurre il livello di autoreferenzialità del settore, garantendo un'effettiva cooperazione tra le imprese private, le ASL, e la Regione ai fini della garanzia della qualità ed affidabilità dei prodotti destinati al consumo alimentare;

• garantire lo stato sanitario degli allevamenti di animali destinati alla produzione di alimenti;

• garantire un'adeguata attività di vigilanza e controllo sulle imprese alimentari, sui prodotti alimentari, sui laboratori privati che effettuano esami in regime di autocontrollo aziendale, promuovendo più controlli mirati e a campione da parte delle ASL e della Regione;

• implementare il sistema delle sanzioni, al fine di introdurre efficaci deterrenti alla contraffazione alimentare o al mancato rispetto delle procedure.

Nel prossimo triennio, si prevede, quindi, di effettuare le seguenti attività:

• recepimento, a livello regionale, della nuova normativa comunitaria in materia di mangimi, alimenti, salute e benessere animale, anche mediante emanazione di linee guida e protocolli di intervento e mediante la formazione continua del personale dei Dipartimenti di Prevenzione medica e Prevenzione veterinaria relativamente ai controlli ufficiali, alle verifiche ed all'attività di audit e di ispezione che troveranno rispondenza nei piani di formazione previsti;

• coordinamento dell'attività di vigilanza e controllo sulle industrie alimentari basato sulla realizzazione dei piani annuali regionali di controllo che prevedano:

– l'individuazione degli obiettivi sanitari di carattere generale e di carattere specifico per quanto riguarda il territorio regionale;
– la programmazione degli interventi in base alla valutazione del rischio e alla individuazione delle priorità di intervento;
– l'adozione di procedure operative corrette e uniformi, anche sotto il profilo del comportamento del personale;
– l'adozione di procedure idonee per i casi di non conformità o che richiedono l'attivazione del sistema di allerta;
– la valutazione dei rapporti e delle metodiche di prova delle analisi effettuate dalle imprese alimentari in regime di autocontrollo;

• coordinamento all'interno della programmazione regionale di tutti i piani e programmi di controllo già in atto, anche mediante il coinvolgimento diretto dei Laboratori Pubblici di riferimento, nonché attraverso il mantenimento dei piani di ricerca sugli alimenti; ove necessario al fine di garantire la sicurezza alimentare e la tutela del consumatore, dovranno essere previsti o rafforzati piani particolareggiati di campionamento;

• coordinamento dell'attività di vigilanza e controllo rispetto a particolari problematiche, quali: modalità di impiego dei prodotti fitosanitari anche ai fini della presenza di residui nei prodotti alimentari, modalità di impiego e verifica della corretta informazione al consumatore relativamente alla presenza di OGM nelle diverse matrici alimentari, prevenzione delle intossicazioni da funghi, adeguamento della formazione e delle capacità operative dei Dipartimenti di Prevenzione medica e di Prevenzione veterinaria nei confronti di problematiche derivanti da nuovi rischi legati in particolare all'evoluzione della legislazione, della tecnologia (produzione, conservazione, commercio, ecc.), nonché all'evoluzione degli stili di vita;

• individuazione di procedure semplificate e flessibili per l'applicazione delle norme comunitarie nelle zone svantaggiate e di montagna che garantiscano comunque il raggiungimento degli obiettivi di sicurezza ma consentano la prosecuzione delle attività di produzione e trasformazione di prodotti alimentari tipici di particolare pregio e il mantenimento delle piccole realtà produttive strettamente legate con l'economia del territorio circostante;

• estensione ed implementazione del sistema anagrafico a tutti i settori degli animali da reddito e completa messa a punto della anagrafe zootecnica bovina, anche al fine di una verifica delle produzioni di latte negli allevamenti regionali;

• implementazione della Banca dati relativa ai Capi Produttori di latte;

• razionalizzazione delle attività di controllo negli stabilimenti autorizzati a produrre alimenti di origine animale, destinati all'esportazione verso Paesi Terzi, mediante adozione di procedure uniformi di controllo e di rilascio delle certificazioni di esportazione;

• prosecuzione dell'attività di raccordo con gli altri attori interessati alla sicurezza alimentare (D.G. Agricoltura, D.G. Commercio, Organizzazioni agricole, Associazioni industrie alimentari, Grande distribuzione, ecc.) per individuare modalità comuni per la valutazione, la gestione e la comunicazione del rischio.

3.4 Ruolo dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale rappresenta un fondamentale strumento tecnico scientifico a supporto dell'attività dei

Dipartimenti di Prevenzione Veterinari delle ASL, sia per quanto riguarda la sanità animale sia in riferimento al controllo degli alimenti di origine animale.

È pertanto indispensabile dare grande risalto e valorizzazione alle capacità di risposta dei laboratori e alle attività di ricerca svolte dall'Istituto Zooprofilattico mediante:

– il rafforzamento del rapporto di collaborazione tra Regione e Istituto mediante iniziative comuni (osservatorio epidemiologico veterinario regionale);

– programmi di ricerca e prevenzione;

– la messa in comune delle banche dati informatiche dell'Istituto e dei Servizi Veterinari anche ai fini della valutazione del rischio mediante la conduzione di indagini epidemiologiche.

3.5 Prevenzione delle malattie infettive trasmissibili dagli animali all'uomo

Fra le numerose malattie animali assume particolare importanza l'attività di sorveglianza, nonché di eradicazione, di patologie come l'influenza aviaria, la BSE, la Scrapie, la Salmonellosi, la West Nile Desease, la Brucellosi, la Cisticercosi, l'Idatidosi.

Verranno quindi adottati i seguenti interventi:

• definizione delle modalità di applicazione a livello regionale dei piani di controllo, previsti a livello comunitario e nazionale, che, tenendo conto delle peculiarità e dall'importanza economica del sistema zootecnico lombardo, garantiscano la massima efficacia;

• definizione di idonei piani di controllo e prevenzione relative alle cosiddette patologie emergenti, nei confronti delle quali non esiste una specifica esperienza di campo; in questo caso dovrà essere particolare attenzione alla corretta formazione del personale tecnico sanitario e alla corretta informazione nei confronti degli operatori interessati e del cittadino.

3.6 Tutela del benessere animale

L'intervento della Sanità Veterinaria Pubblica nel campo del benessere animale rappresenta una attività di grande rilievo perché da una parte garantisce che le modalità di allevamento siano rispettose dei principi di correttezza e di protezione degli animali e dall'altra perché il benessere animale è da annoverare tra i fattori che concorrono alla sicurezza alimentare.

Una adeguata gestione degli animali in allevamento è garanzia di un migliore stato sanitario degli animali stessi e di un conseguente utilizzo più razionale dei farmaci veterinari con un minore rischio di residui negli alimenti.

L'attenzione verrà posta quindi alla corretta e completa applicazione delle norme comunitarie in materia di protezione degli animali durante le fasi di allevamento e trasporto mediante realizzazione di piani di controllo mirati, accanto alla prosecuzione e al potenziamento della normale attività di vigilanza, anche in connessione con altri organismi di vigilanza e controllo, e all'istituzione di percorsi formativi, in collaborazione con le associazioni di categoria, diretti agli operatori del settore zootecnico e di quelli connessi.

3.7 Lotta al randagismo

La lotta del randagismo ha strette connessioni con gli obiettivi di:

• prevenzione del fenomeno «morsicature»;

• prevenzione delle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo;

• tutela dei luoghi e degli ambienti di vita;

• benessere animale.

Per il raggiungimento di tali e ulteriori obiettivi, nel corso del prossimo triennio verranno poste in essere le azioni previste dalla legge regionale 20 luglio 2006, n. 16.

4. La salute mentale: psichiatria, disturbi del comportamento alimentare, neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e disabilità correlate, psicologia.

4.1 Psichiatria

Punti di priorità del Piano regionale salute mentale.

Le problematiche della salute mentale devono trovare un tavolo unico di coordinamento delle strategie che tenga conto sia della necessità di forte correlazione tra strutture specialistiche e territorio, sia dell'esigenza di offrire una nuova assistenza sociosanitaria e socio-assistenziale alle famiglie, favorendo i processi di rete.

Il Piano Regionale per la salute mentale (PRSM), approvato dalla Giunta Regionale lombarda con d.g.r. 17513 del 17 maggio 2004, ha indicato i modelli organizzativi e gli strumenti per sviluppare una nuova policy per la salute mentale. I punti di priorità del PRSM sono i seguenti:

• istituzione degli Organismi di Coordinamento per la salute mentale nell'ambito delle ASL in collaborazione con AO, erogatori privati accreditati a contratto, MMG e PLS, Enti locali, agenzie del privato sociale e della «rete naturale», associazioni, volontariato ed altre realtà del territorio, con funzione di integrazione e collegamento tra i diversi soggetti istituzionali e non istituzionali coinvolti a diverso titolo nella tutela della salute mentale. Inserimento nel Dipartimento di Salute mentale di un rappresentante delle Associazioni di Volontariato e/o di Associazioni dei parenti dei pazienti psichiatrici;

• introduzione della metodologia dei «percorsi clinici» per garantire agli utenti una valutazione approfondita delle loro esigenze e percorsi di cura personalizzati per i soggetti affetti da disturbi psichiatrici gravi, per i malati con maggiori bisogni e a maggior rischio di abbandono. Per questi pazienti è previsto un trattamento centrato sull'elaborazione del Piano di Trattamento Individuale (PTI), l'istituzione della figura del «case manager» e la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti «persi di vista»;

• riqualificazione delle strutture residenziali psichiatriche attraverso la differenziazione delle strutture residenziali sulla base dei livelli di intervento terapeutico riabilitativo e del grado di assistenza; potenziamento delle strutture residenziali a bassa intensità e attivazione dei percorsi differenziati e personalizzati di accompagnamento alle dimissioni dei pazienti stabilizzati in integrazione con l'offerta dei servizi territoriali;

• incentivazione di modelli organizzativi e gestionali che favoriscano la flessibilità nei percorsi di assistenza, anche attraverso forme di collaborazione pubblico-privato e con soggetti non istituzionali in modo da offrire opzioni di scelta agli utenti;

• valorizzazione dei soggetti del Terzo settore, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale, con grande attenzione ai criteri di accreditamento;

• ampliamento dell'offerta assistenziale attraverso l'istituzione di un coordinamento tra le strutture non residenziali del territorio (CPS) per garantire almeno un punto di servizio per i pazienti e di consulto per le famiglie sull'intero arco delle 24 ore.

4.2 I disturbi del comportamento alimentare

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono malattie mentali in costante aumento.

Si prevede l'evoluzione della rete di intervento sia per l'assistenza delle fasi acute, sia per i progetti riabilitativi multidisciplinari integrati in regime di ricovero ordinario o di day-hospital, sia infine per i progetti di inserimento assistito nell'ambito relazionale e lavorativo dopo la fase riabilitativa.

Il fulcro di una siffatta «rete» è rappresentato dalle strutture riabilitative dedicate all'intervento intensivo sui DCA.

Verranno perseguiti i seguenti obiettivi:

– promuovere capillari campagne di informazione e sensibilizzazione a partire dalle scuole primarie;

– rafforzare il sistema di intervento e tendere verso una maggiore appropriatezza degli interventi;

– ridurre le liste d'attesa;

– creare le premesse, anche con misure di ordine informativo, per interventi precoci;

– offrire supporto medico e psicologico alle famiglie che abbiano un familiare affetto da disturbi del comportamento alimentare;

– prevedere attività di formazione specifica del personale medico e del corpo insegnanti;

– garantire la disponibilità di interventi diagnostici, di counselling e terapeutici (individuali, di gruppo, familiari), sia ambulatoriali, sia in regime di day-hospital, sia in quello di ricovero ordinario (a valenza riabilitativa, o di cura delle fasi acute);

– sviluppare interventi di prevenzione specifica.

4.3 La neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

Il tema della valutazione dei bisogni, della personalizzazione e della programmazione degli interventi in relazione alla disponibilità delle risorse, sono gli elementi di fondo che hanno da sempre qualificato la presa in carico e il supporto dei minori e delle

loro famiglie. La Regione, in questi anni, ha assicurato una organizzazione dei servizi di tutela e cura della salute mentale dell'età evolutiva articolata in Unità Operative di neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, afferenti alle Aziende Ospedaliere di tutto il territorio e dotate di un tariffario specifico che ne valorizzasse le prestazioni.

Per raggiungere un livello di eccellenza anche nei servizi sanitari di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e nel lavoro di integrazione con gli altri interlocutori istituzionali e non, impegnati nel settore, e quindi mantenere il bambino e la sua famiglia al centro delle iniziative di prevenzione, cura, tutela, assistenza, occorre promuovere una rivisitazione e una riqualificazione delle attività dei servizi di NPIA.

Le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) effettuano attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e neuropsicologico nella fascia d'età da 0 a 18 anni. Affrontano un ampio range di patologie molto differenziate tra loro, acute, subacute, croniche, rare, progressive ecc, spesso ad elevata comorbilità, una quota significativa delle quali ha bisogni multipli e complessi che perdureranno per tutta la vita, ad elevato impatto sociale.

È necessario predisporre un «Piano regionale per la Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza» che preveda:

• il consolidamento di un Sistema Integrato di Servizi di Neuropsichiatria Infantile su tutto il territorio regionale, sia in termini di professionalità (neuropsichiatri, psicologi, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, educatori ecc) sia in termini di strutture;

• l'attivazione di un Organismo di Coordinamento per la salute mentale dell'Età Evolutiva all'interno di ogni ASL;

• lo sviluppo di modalità innovative nell'area dell'emergenza–urgenza NPIA, con particolare attenzione al fenomeno dei suicidi e tentati suicidi in adolescenza e preadolescenza;

• l'Osservatorio epidemiologico per la NPIA e relativo sistema informativo;

• la revisione dei criteri per l'accreditamento istituzionale e gestionale con verifica dei costi connessi;

• la definizione di percorsi di cura e modelli operativi d'intervento per le patologie ad alto impatto sociale e alta complessità clinico organizzativa e la definizione di protocolli operativi tra la UONPIA e le altre UO Aziendali e dipartimentali nella direzione di «percorsi di cura» diagnostici e terapeutici condivisi;

• la sperimentazione di modelli di collegamento con pediatri ospedalieri, pediatri di libera scelta e medici di medicina generale;

• la collaborazione con le strutture private accreditate, attraverso la stipula di protocolli operativi e la valutazione dei percorsi riabilitativi;

• le linee guida per la strutturazione di specifici accordi di programma per l'integrazione delle attività con le altre istituzioni (scuola, tribunale ecc);

• la definizione di protocolli operativi con i Servizi per l'età adulta ai fini del «passaggio in cura» in previsione del compimento della maggiore età.

4.4 Psicologia

La Psicologia ha consolidato da tempo il proprio intervento in ambito preventivo, terapeutico, riabilitativo, per la promozione e tutela della salute.

Al fine di delinearne l'azione, spesso lasciata implicita, occorre distinguere tra:

• operatività connessa ai disagi ed ai disturbi mentali (psichiatria, neuropsichiatria infantile, dipendenze);

• interventi relativi alle problematiche psicologiche connesse ad eventi organici patologici (gravi, acuti e cronici invalidanti o con prognosi infausta).

Tali ambiti operativi prevedono attività dirette alla persona e al suo contesto relazionale naturale (primariamente la famiglia) sia in fase di ricovero sia di intervento ambulatoriale.

Parallelamente altre azioni, seppur indirette, riguardano il «contesto di cura», quali:

• supporto psicologico agli operatori che operano in aree particolarmente critiche;

• formazione e aggiornamento degli operatori alla relazione con il paziente e, più in generale, formazione alla comunicazione interpersonale del personale che opera a contatto con il pubblico;

• umanizzazione dell'assistenza e dell'accoglienza nelle varie articolazioni del sistema sanitario e, più in generale, rilevazione della soddisfazione e miglioramento della qualità.

Va infine confermato il ruolo di rilievo della Psicologia negli ambiti organizzativi e di programmazione degli interventi in ambito sociale e sanitario.

4.5 Livelli di cura ad elevate intensività ed integrazione assistenziale

Il crescente bisogno di cura ed assistenza per le persone in situazione di fragilità e non autosufficienza pone con evidenza la necessità di progettare nuovi modelli organizzativi e soluzioni operative sia sul versante professionale che sia quello della programmazione e della gestione dei servizi.

Le nuove risposte assistenziali richiedono un forte incremento della flessibilità organizzativa e la ricerca di nuovi strumenti gestionali che assicurino l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi, la sostenibilità dei modelli, il gradimento dei cittadini, la qualità professionale degli operatori impegnati, una stretta integrazione fra pubblico, privato no profit e for profit accreditato.

In questo contesto, il concetto di continuità di cura deve essere interpretato non solo quale strumento di garanzia di un percorso assistenziale bidirezionale (in sussidiarietà verticale per tipologia di complessità di cura, senza soluzione di continuità fra rete ospedaliera e rete territoriale), ma anche quale reale possibilità da parte del malato e della sua famiglia di poter accedere alle prestazioni necessarie nelle 24 ore, 7 giorni su 7, da parte dell'equipe curante domiciliare (e quindi ad attività svolte in sussidiarietà orizzontale).

Questo in particolare per le situazioni ad elevata intensità di cura; nei casi a minore complessità deve essere ricercata un'integrazione funzionale con il servizio di continuità assistenziale.

Nel periodo di vigenza del Piano si verificheranno in tal senso le ipotesi di sviluppo organizzativo.

L'obiettivo è quello di garantire la permanenza al domicilio di malati «fragili» affetti da patologie e da multipatologie il cui trattamento, ancorché complesso, può essere attuato e sostenuto a casa, a condizione che il malato e la famiglia siano supportati da un «sistema a rete» caratterizzato da:

• elevata duttilità nell'adeguarsi ai bisogni dei malati, per definizione instabili o ad alto potenziale di instabilità (concetto di intensività variabile);

• continuità assistenziale e attività in equipe;

• attività in èquipe;

• formazione ed esperienza professionale sanitaria specifica da parte degli operatori della èquipe nei settori di intervento;

• regia centralizzata;

• stretta integrazione funzionale, definita secondo protocolli operativi con medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, rete 118 dell'emergenza urgenza territoriale, medici di continuità assistenziale, sistema socio-sanitario (sistema del voucher-pattanti) e socio-assistenziale, privato no profit e for profit accreditato.

4.5.1 L'ospedalizzazione domiciliare (OD)

Le specificità dell'ospedalizzazione domiciliare possono essere così sintetizzate:

• presa in carico del malato da parte della èquipe curante;

• continuità di cura che andrà progressivamente dotandosi di sistemi evoluti di telecomunicazione in medicina (teleconsulto, telerefertazione, telemonitoraggio, teleconferenza);

• standard quantitativamente elevato di accessi domiciliari da parte del personale della èquipe;

• erogazione diretta di farmaci (compresi oppioidi, trasfusioni e ossigeno), presidi ed ausili da parte della équipe;

• accesso diretto alla diagnostica di base e laboratoristica;

• coinvolgimento del medico di medicina generale nei processi decisionali.

Tale livello di cura ed assistenza dovrà essere di norma rivolto a malati a rischio di instabilità nonché a malati nelle fasi successive al ricovero in struttura sanitaria, a seguito di un evento indice e/o intervento chirurgico.

In particolare, la Ospedalizzazione Domiciliare dovrà essere maggiormente sviluppata a beneficio di pazienti:

• con insufficienza respiratoria cronica, in ventiloterapia meccanica, sia su base respiratoria che neurologica;

• con insufficienza cronica d'organo o di sistema: cardio-circolatorio, neurologico, renale, epatica e metabolica, dell'apparato locomotore;

• in trattamento per forme refrattarie di dolore grave non neoplastico;

• nelle fasi iniziali di alimentazione artificiale, sia enterale che parenterale, o qualora si rendano necessari adeguamenti dei regimi alimentari a causa intolleranza di effetti collaterali o nei confronti di pazienti affetti da malnutrizione e vi sia la necessità di monitoraggio continuo del malato;

• in fase avanzata per malattie inguaribili evolutive che necessitino di un inserimento nel programma assistenziale fornito dalla rete delle cure palliative (programma di cure palliative).

Il programma di Ospedalizzazione Domiciliare si interromperà con passaggio ad altra modalità assistenziale (ad es.: Assistenza Domiciliare Integrata; ricovero in struttura per acuti; ricovero in Hospice della rete sanitaria di cure palliative o in struttura socio-sanitaria; ricovero in RSA) qualora venissero meno i criteri di cronicità e comparissero fenomeni di acuzie, ovvero vi fosse la necessità di periodi di sollievo parentale.

Parimenti, il programma di OD potrà essere attuato in ogni fase del percorso clinico del malato qualora si assistesse alla ricomparsa delle caratteristiche di ammissione a questo livello assistenziale.

In tutti i casi, il programma di attivazione dell'Ospedalizzazione Domiciliare dovrà essere attivato con il consenso del malato.

4.5.2 La rete delle cure palliative e degli interventi assistenziali nella fase finale della vita

Il completamento della rete regionale per le cure palliative, dal 2001 inserita fra i Livelli Essenziali di Assistenza, rappresenta una priorità del PSSR e verrà realizzato attraverso l'utilizzo di tutte le risorse a ciò finalizzate. La realizzazione della rete dovrà tendere al raggiungimento del miglior livello di offerta territoriale, caratterizzato dalla omogeneità di risposta su tutto il territorio regionale, adeguata ai bisogni della popolazione.

Ciò si realizzerà all'interno di un sistema a rete caratterizzato da «assi portanti» costituiti dalla sussidiarietà verticale e orizzontale, dall'integrazione fra rete sanitaria, socio sanitaria e socio assistenziale, dalla forte sinergia fra le strutture sanitarie e socio sanitarie con i sistemi assistenziali territoriali, dalla opportuna valorizzazione degli stimoli proattivi provenienti dal settore no profit, storicamente presente nella nostra regione.

I professionisti delle cure primarie saranno opportunamente supportati dagli interventi specialistici degli operatori delle Unità Operative di Cure Palliative (UOCP)/ Equipe di Cure Palliative presenti all'interno delle Strutture sanitarie e sul territorio.

All'interno di un sistema a matrice che eviti soluzioni di continuità nel percorso clinico del malato, i MMG e i PLS, in funzione della complessità dei bisogni, potranno inoltre utilizzare le risorse messe a disposizione dalla rete socio-sanitaria che, negli ultimi anni ha fortemente sviluppato uno specifico livello di risposta adeguato alle esigenze dei malati terminali e fortemente integrato con la rete sanitaria.

Attraverso la creazione di un sistema di monitoraggio delle variabili qualitative e quantitative fondamentali, verranno approfonditi alcuni aspetti fondamentali quali:

• il grado e la possibilità di integrazione fra il sottosistema territoriale, garante della continuità delle cure domiciliari, e il sottosistema ospedaliero, costituito dalle UOCP;

• il grado e la possibilità di integrazione fra rete sanitaria, socio-sanitaria e sociale;

• il livello di gradimento dell'utenza e degli operatori.

Per le finalità di cui sopra, si ritiene opportuno istituire un Organismo di coordinamento regionale per le cure palliative, in capo alla D.G. Sanità.

4.5.3 La terapia del dolore e l'ospedale senza dolore

Il Progetto per l'Ospedale Senza Dolore (OSD) è stato inserito sin dall'inizio tra i Progetti della rete regionale Health Promoting Hospital (HPH) e molte Strutture di ricovero, sia pubbliche che private, hanno istituito il Comitato per l'Ospedale Senza Dolore, strumento fondamentale per la realizzazione del Progetto.

Ciò ha creato le basi perché venissero recepite le Linee Guida nazionali e fosse approvato il Manuale Operativo per la realizzazione del progetto OSD presso ogni Struttura Sanitaria della regione.

Sulla base di questo atto e del Manuale Applicativo, nel prossimo triennio dovrà essere raggiunto l'obiettivo di realizzare un Comitato per l'Ospedale Senza Dolore (COSD) presso ogni Struttura sanitaria, i cui compiti principali saranno quelli di:

• inserire in cartella clinica un sistema di registrazione costante e continuativa del dolore;

• definire criteri omogenei per la diagnosi e per il trattamento del dolore sia acuto sia cronico;

• consentire l'utilizzo adeguato dei farmaci oppiacei e dei sistemi più avanzati di trattamento (Patient Controlled Analgesia-PCA, sistemi di somministrazione continua dei farmaci antalgici, neuromodulazione elettrica e chimica);

• rivolgere maggiori attenzioni ai seguenti settori: dolore pediatrico, dolore nel parto, dolore nel periodo post-operatorio, dolore nei malati afferenti al sistema dell'Emergenza Urgenza (PS, DEA, EAS), dolore nei malati affetti da malattie inguaribili in tutte le fasi cliniche (in stretta integrazione con la rete delle cure palliative);

• realizzare percorsi formativi per gli operatori;

• monitorare costantemente i risultati ottenuti.

Saranno inoltre sviluppati protocolli di diagnosi e cura antalgica, con utilizzo di tecnologie innovative (neuromodulazione centrale e periferica, chimica e fisica).

4.5.4 Patologie cronico degenerative

La progressiva espansione delle patologie cronico degenerative e l'evoluzione dei loro percorsi diagnostici e terapeutici comportano:

• la possibilità di interventi sanitari specifici e spesso ad alta complessità organizzativa e clinica;

• l'assorbimento di un crescente carico assistenziale;

• l'utilità di integrare più servizi di una stessa rete e servizi di reti diverse (sanità, assistenza ma anche trasporti, formazione, cultura, edilizia etc.);

• la necessità di riprogrammare e sviluppare i servizi domiciliari, residenziali e territoriali.

Gli scenari che si aprono con la cura delle patologie cronico-degenerative sono stati già descritti nelle sezioni dedicate alla quota più fragile della popolazione lombarda. A livello nazionale i dati più recenti indicano la presenza di due milioni di persone affette da patologie croniche che comportano, generalmente, forme più o meno gravi di disabilità psico-fisica permanente. A tal proposito, il Ministero della Salute ha emanato, con Decreto Ministeriale del 21 maggio 2001, n. 296, un «Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999 n. 329, recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'art. 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124».

L'analisi di questo fenomeno coinvolge discipline diverse (demografia, epidemiologia, economia, sociologia), in quanto l'invecchiamento viene percepito come problema nella misura in cui porta ad un aumento della quota di popolazione definita come dipendente. È tuttavia utile ricordare che l'invecchiamento della popolazione può e deve essere visto anche come una diminuzione del «rischio di morte per classi di età», da considerare quindi come conquista delle politiche sanitarie di un sistema, oltre che come problema. A fronte di una aspettativa di vita sempre più lunga è comunque doveroso porsi la domanda-chiave del congresso mondiale di gerontologia 1997: quale è l'aspettativa di vita libera dalla disabilità? L'aumento della prevalenza della disabilità è iniziato alla fine degli anni '60 quando la mortalità ha cominciato a diminuire in tutte le classi di età ma prevalentemente in quelle più giovani. All'inizio del terzo millennio sembra prevalere la disabilità più lieve, ma i dati sono scarsi e contraddittori. Il monitoraggio della popolazione anziana ospite delle RSA lombarde potrebbe costituire un ottimo osservatorio epidemiologico per numero, frequenza, omogeneità e riproducibilità delle osservazioni (scheda di osservazione intermedia dell'assistenza o SOSIA). I dati relativi al primo triennio sembrano confermare una «compressione» della disabilità nella parte estrema di una vita più ricca di anni e sostanzialmente autonoma fino ad una età che nel breve tempo di osservazione è andata tuttavia crescendo, anche grazie agli interventi di prevenzione e di promozione di corretti stili di vita.

Qualunque sia la capacità della nuova popolazione anziana di «comprimere» la fase della dipendenza nella parte terminale di una esistenza sempre più lunga, ineludibile appare la necessità di creare una forte integrazione fra le diverse reti dei servizi alla persona, anche con nuovi strumenti. Ad esempio, in ambito clinico uno strumento validissimo per l'integrazione coincide con lo sviluppo della telemedicina, che consente di erogare prestazioni sanitarie facendo «muovere» le informazioni piuttosto che i pazienti o il personale sanitario. Anche il sistema assistenziale che deriva dall'applicazione della telemedicina deve essere parte di una rete finalizzata all'integrazione tra prevenzione, assistenza territoriale e residenziale, per assicurare appropriatezza, coordinamento e continuità della cura e degli interventi più propriamente sociali, facilitare l'accesso e l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, permettere il monitoraggio dei percorsi degli assistiti, il controllo delle prestazioni e dei costi.

Alcune difficoltà oggettive di integrazione si notano ancora anche a livello della stessa rete: va ulteriormente raccordato il sistema delle cure ospedaliere con quello delle cure primarie e va progettato un sistema integrato di coordinamento tra queste ultime ed il livello specialistico per la continuità delle cure sia dei pazienti cronici che di quelli post acuti. L'ospedale deve adottare procedure di raccordo con il Medico di medicina generale ed i servizi territoriali per l'attivazione delle risposte sanitarie e socio sanitarie ai bisogni del paziente dimesso e della sua famiglia. Va enfatizzato il ruolo del medico di medicina generale, componente fondamentale delle reti di assistenza, con il quale devono essere concordati con puntualità compiti, responsabilità, poteri e strumenti per esercitare una funzione centrale nel sistema, anche promuovendo le forme aggregate ed integrate di organizzazione che consentano l'offerta dei servizi «di fiducia» per 24 ore, 7 giorni la settimana, con importanti ricadute sui disagi dei pazienti e del sistema, primo fra tutti l'accesso improprio al Pronto soccorso.

5. I progetti innovativi – Il sostegno e lo sviluppo delle reti

Accanto ai progetti relativi agli obiettivi di salute e benessere sociale che si devono sviluppare secondo le linee d'intervento prioritario descritte nella parte precedente, sono individuati i seguenti progetti innovativi.

5.1 Il Network di Patologia

Con Network di Patologia si intende lo sviluppo, su scala regionale, di un modello organizzativo di assistenza sanitaria improntato alla «messa in rete» dei servizi che erogano prestazioni per una particolare patologia.

Della rete possono fare parte tutte le strutture sanitarie accreditate della Regione Lombardia che siano in grado di offrire assistenza sanitaria qualificata per quella specifica patologia.

Le strutture sanitarie sono classificate in diversi livelli di assistenza in relazione a criteri quantitativi (numero di soggetti trattati di quella patologia) e/o di tipologia di prestazione in relazione alla gravità/prognosi della malattia (come, ad esempio, l'esplicitazione dei livelli di approfondimento di indagini diagnostiche e di trattamenti terapeutici eseguiti da ciascuna struttura).

Il modello è applicabile per ogni tipo di patologia con le specifiche relative.

L'istituzione di un network prevede la costituzione di un Gruppo di Lavoro che si riunisce periodicamente presso la Direzione Generale Sanità. Di questo gruppo fanno parte: i Medici Ospedalieri che trattano il maggior numero di casistica; il Personale infermieristico e tecnico che trattano l'aspetto cruciale dell'assistenza; i Professori universitari, rappresentanti della ricerca su campo; i Rappresentanti di Società Scientifiche, per l'avvallo della materia tecnica; i Rappresentanti della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta che, spesso, rappresentano il primo filtro di accesso del paziente nel sistema sanitario regionale e che comunque svolgono un ruolo di «accompagnatori» nel Percorso Diagnostico Terapeutico del paziente; i Rappresentanti di direzione sanitaria di Azienda Sanitaria Locale, di Azienda Ospedaliera, di IRCSS e aziende sanitarie private accreditate per la verifica di sostenibilità dei sistemi nell'ambito delle innovazioni; i Rappresentanti di Associazioni di pazienti, per la verifica dei diritti e doveri del Paziente e della sua Famiglia; il Dirigente medico della Direzione Generale Sanità che coordina il gruppo ed indirizza i lavori verso gli obiettivi di governo regionale.

Il gruppo di lavoro segue un percorso condiviso, che può essere riassunto in alcune tappe fondamentali:

- individuazione di raccomandazioni cliniche orientate ai problemi clinici;
- individuazione dei relativi percorsi diagnostici terapeutici, che assicurino l'attuazione delle raccomandazioni cliniche condivise e facilitino l'accesso, il percorso e la conoscenza del paziente che viene trattato per quella patologia;
- adesione volontaria delle Strutture che trattano la patologia al network; tale adesione diventerà obbligatoria nel medio periodo per le strutture accreditate;
- esplicitazione, in elenchi aggiornabili, delle Strutture che trattano la patologia, opportunamente classificate secondo criteri quantitativi (numero di casi trattati) e di tipologia di prestazione in relazione alla gravità/prognosi della malattia in questione (pacchetti di offerta definiti);
- individuazione di un percorso di formazione per gli attori che fanno parte del processo assistenziale, come individuato nelle fasi precedenti;
- inserimento delle informazioni cliniche raccolte in modo omogeneo in un data-base dedicato;
- individuazione di indicatori di processo e di efficacia e loro valutazione periodica;
- individuazione di un logo di riconoscimento dei centri afferenti alla rete.

Questa modalità di organizzazione in rete delle attività di diagnosi e cura per specifiche patologie d'organo e/o di apparato, permette di diffondere conoscenze e competenze in modo centrifugo ed omogeneo sul territorio, consentendo così agli stessi operatori, oltre che ai pazienti, di orientarsi in modo clinicamente più appropriato e consapevole nel contesto di ambiti di cura di tipo specialistico caratterizzati da una veloce progressione verso la direzione dell'innovazione scientifica e tecnologica. Il valore aggiunto principale dei network coincide pertanto con la valorizzazione del capitale umano, che diviene il vero supporto e motore della diffusione dell'innovazione e delle conoscenze.

5.2 La rete delle farmacie

La rete delle farmacie pubbliche e private lombarde (2800 circa) rappresenta per il nostro territorio una peculiarità non individuabile in nessuna regione d'Europa. Gli 8000 operatori garantiscono quotidianamente il servizio per la popolazione, anche nelle fasce notturne e durante i giorni festivi.

La densità (una farmacia ogni 3200 abitanti circa) permette la massima prossimità al cittadino ed un facile accesso ai servizi farmaceutici. Ogni due settimane, si calcola, transiti in media per il sistema «farmacia» lombardo tutta la popolazione.

Questi semplici dati, uniti ad un elevato standard di informatizzazione (compatibile con i sistemi informatici della Regione Lombardia) ed aggiornamento degli operatori, rendono ampliabile in modo significativo il ruolo pubblico della farmacia; infatti riteniamo che nel triennio 2007-2009, sulla scorta delle esperienze sperimentali già avviate in questi anni, si possono attivare presso questa rete di presidi sanitari territoriali, in coerenza con gli indirizzi regionali e con la programmazione delle ASL competenti per territorio, attività di prevenzione, accompagnamento del cittadino, informazione sul corretto uso dei farmaci, iniziative per l'utilizzo ottimale delle risorse a disposizione.

Il ruolo delle farmacie territoriali verrà valorizzato anche attraverso la revisione delle leggi e dei regolamenti di settore per aderire meglio alle mutate esigenze della popolazione.

5.3 La politica del farmaco

La Regione, nell'ambito dei compiti istituzionali di governo e programmazione e di coordinamento, ha il compito prioritario di individuare qualificanti momenti di intervento nella materia farmaceutica, definendo gli obiettivi da raggiungere e la verifica dei risultati. La politica regionale sul farmaco trova la sua definizione nello sviluppo di condizioni di conoscenza e di uso del farmaco in grado di trasformarlo, sempre più, in un bene di salute che trova impiego nell'ambito dei percorsi diagnostico/terapeutici medici e chirurgici funzionali a promuovere ottimali rapporti rischio/beneficio e costo/beneficio.

A questa logica unitaria devono essere ricondotte le varie linee di attività che riproducono a livello regionale, di ASL e di ospedali una stretta continuità tra compiti e funzioni amministrative, iniziative di qualificazione culturale e attività di ricerca.

In particolare, sono individuate le seguenti aree prioritarie di intervento:

• la promozione dell'uso appropriato della risorsa farmaco, con l'obiettivo di promuovere l'appropriatezza della prescrizione e del consumo del farmaco;

• il governo della spesa farmaceutica complessiva, territoriale e ospedaliera;

• la razionalizzazione dell'uso dei farmaci e della loro distribuzione sul territorio e in ospedale (anche con sperimentazione della dose unitaria); in particolare, sarà promossa la sperimentazione di percorsi prescrittivi e diagnostico-terapeutici informatizzati e validati che consentano la distribuzione dei farmaci in dose personalizzata al fine di realizzare la riduzione di possibili errori di somministrazione e il contenimento degli sprechi;

• il sostegno e la promozione del farmaco generico «equivalente»;

• lo sviluppo di una maggior concorrenzialità nel sistema distributivo del farmaco e dei prodotti per l'assistenza integrativa attraverso le farmacie;

• l'informazione scientifica indipendente sul farmaco;

• l'affermazione di uno specifico ruolo regionale di confronto e di negoziazione con l'industria farmaceutica sugli aspetti economici, distributivi, informativi e di ricerca;

• la promozione dei processi di informazione e responsabilizzazione dei prescrittori e del cittadino;

• la promozione della ricerca clinica indipendente, al fine di favorire e incentivare ricerche sull'uso dei farmaci, con particolare riferimento alle sperimentazioni cliniche comparative tra farmaci, tese a dimostrare il valore terapeutico aggiunto, nonché alle sperimentazioni cliniche sui farmaci orfani e salvavita;

• la promozione della rete informatica e culturale dei Comitati Etici locali;

• il monitoraggio continuo delle reazioni avverse e dei profili di beneficio – rischio dei farmaci attraverso la rete regionale di Farmacovigilanza, che si collega e si integra con la banca dati nazionale ed europea (EUDRA vigilance);

• la promozione di programmi, studi, piani di formazione e ricerca di farmacovigilanza attiva, da attivarsi in collaborazione con i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta, le società scientifiche e le strutture universitarie;

• valorizzazione del ruolo delle farmacie territoriali e delle farmacie ospedaliere nell'assistenza farmaceutica, attraverso la costituzione con i MMG e PLS di una rete di assistenza sanitaria di base integrata ed efficiente sia in termini di prevenzione e cura primaria, sia in termini di efficiente allocazione delle risorse, avvalendosi anche delle moderne tecnologie informatiche.

L'obiettivo è quello di ottenere una rappresentazione centrale e periferica sempre più precisa, puntuale e dettagliata dei costi dell'assistenza farmaceutica complessiva, incrementando così le capacità di intervento e la possibilità di conseguire una risposta immediata sulla ricaduta delle iniziative di governo implementate.

In particolare, occorre garantire:

• il monitoraggio e controllo delle prescrizioni farmaceutiche anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 50 l. n. 326/03, istituendo tavoli regionali con la partecipazione degli operatori;

• l'analisi regionale dei dati complessivi sulla farmaceutica, con l'invio di specifica reportistica alle ASL dei dati aggregati, degli indicatori di spesa e di esposizione e dei confronti trasversali e longitudinali;

• un flusso informativo verso la Regione dei dati di consumo ospedaliero, con un ritorno come reportistica dei dati aggregati, degli indicatori di spesa e di esposizione e dei confronti trasversali e longitudinali;

• il flusso informativo sui dati dell'assistenza integrativa, per acquisire conoscenze reali sui costi medi e per consentire una corretta pianificazione degli interventi;

• la razionalizzazione della spesa sostenuta per l'assistenza integrativa relativa ai prodotti dietetici, protesici e agli ausili per diabetici;

• il monitoraggio intensivo di tutti i farmaci «innovativi»;

• la promozione di informazione e formazione rivolte a tutti gli attori del contesto, compresi amministrativi e amministratori.

5.4 La medicina complementare

Con il Piano Socio Sanitario 2007-2009, s'intende proseguire l'attività già intrapresa con le delibere 48041/2000 e 13235/2003, volta a promuovere strumenti atti a favorire una più approfondita analisi del settore, al fine di garantire l'efficacia, la qualità e la sicurezza delle pratiche di Medicina Complementare sia per gli operatori che per i pazienti.

Al perseguimento dello stesso scopo dovrà essere attentamente e costantemente verificata la letteratura scientifica di settore.

Nell'articolazione dei percorsi già attivati per l'arricchimento delle esperienze e degli studi «osservazionali» in medicina complementare, s'intende sviluppare e monitorare l'attività di sperimentazione volta a valutare l'efficacia della medicina complementare; a tal fine, è necessario creare una struttura con funzione di Osservatorio Regionale per il monitoraggio e il controllo delle politiche di integrazione della medicina complementare che consenta di valutare l'impatto costo/beneficio sulla salute delle persone e risorse regionali.

5.5 La rete lombarda HPH (Health Promoting Hospitals)

La Regione intende proseguire l'attività della rete lombarda HPH già avviata con le delibere 215/2000 e 13234/2003.

Dovranno essere sviluppati e divulgati esempi di buona pratica clinica e organizzativa, che traducano nella realtà i principi di promozione della salute, obiettivo questo da realizzarsi anche attraverso la cooperazione, il coordinamento e lo scambio di esperienze tra le strutture ospedaliere e le altre strutture territoriali operanti nell'ambito della Rete regionale, nazionale ed internazionale.

Verranno inoltre messe in atto iniziative, anche multimediali, di informazione e di comunicazione sulla prevenzione primaria, secondaria e terziaria della varie patologie e sui corretti percorsi di assistenza e cura delle varie patologie.

5.6 Ospedale di comunità: cure intermedie

La Regione promuoverà, là dove ne ricorrano le condizioni, la sperimentazione, attraverso progetti pilota, di esperienze di ospedale di comunità, promosse dalla ASL territorialmente competente.

Nel contesto lombardo, l'ospedale di comunità può rappresentare una realtà in grado di favorire il recupero di risorse dalle aree di inappropriatezza e di promuovere il potenziamento degli interventi di riconosciuta efficacia, soprattutto per le persone affette da patologie che non necessitano di terapia intensiva o di rilevante impegno tecnologico, ma che vivono in condizioni di solitudine o in presenza di condizioni abitative/ambientali inadeguate. In questo senso, l'ospedale di comunità si pone come modalità di assistenza intermedia fra l'assistenza domiciliare integrata-programmata-oncologica (ADI, ADP, ADO), le strutture residenziali per anziani (RSA, Case protette o di riposo) e gli ospedali.

Nel prossimo triennio, si ritiene possibile realizzare l'ospedale di comunità all'interno di strutture già esistenti (case di riposo, RSA, piccoli ospedali) per integrare e ottimizzare al meglio le risorse esistenti con un'assistenza medica garantita dalla turnazione dei MMG di gruppo, eventualmente affiancati da supporti di organico sanitario e amministrativo e con la partecipazione di operatori sanitari.

Dovranno pertanto ipotizzare percorsi che garantiscano:

• assistenza completa al paziente;

• maggiore confronto professionale;

• minori difficoltà di comunicazione fra gli operatori;

• possibilità di costruire protocolli di lavoro;

• limitazione dell'attività a pochi pazienti, con conseguente facilitazione nella gestione degli stessi.

5.7 Internazionalizzazione del Servizio Sanitario lombardo

Nell'ottica di quanto avviato in questi anni sul fronte internazionale e di quanto previsto dal DPEFR 2006 – 2008 in merito all'internazionalizzazione del servizio sanitario lombardo, le azioni del PSSR dovranno innanzitutto favorire confronti, scambi e gemellaggi fra i diversi sistemi sanitari.

In particolare, sono individuate le seguenti aree prioritarie di intervento:

• l'assistenza sanitaria a favore di cittadini stranieri, ai sensi e per gli effetti dell'art. 32, comma 15 della l. 449/97: attività ormai consolidata, che tuttavia necessita di essere sempre più coordinata con i progetti già in atto a livello di ONG/organizzazioni umanitarie, con gli accordi diretti stipulati con organizzazioni internazionali quali la Croce Rossa o ancora con i progetti mirati a particolari

esigenze sanitarie, tra cui, in particolare, le cardiopatie congenite o la cura delle leucemie infantili;

• in considerazione della globalizzazione crescente degli eventi, coerentemente agli obiettivi EuSEM (European Society of Emergency Medicine), la realizzazione di piani di soccorso condivisi fra i Paesi europei per maxiemergenze e catastrofi (terrorismo, bioterrorismo, disastri nucleari, catastrofi naturali, ecc.), in ambito pre-intra-ed interospedaliero;

• l'attuazione di iniziative di gemellaggio tra strutture ospedaliere: nei prossimi anni, l'ottica dei gemellaggi deve essere sempre più improntata alla creazione di poli di interesse sui quali sinergizzare soggetti diversi su tematiche specifiche.

Da questo punto di vista si prevede di:

• coinvolgere l'industria farmaceutica in progetti di emergenza sanitaria;

• rivedere la l.r. 10/2001 sui beni dismessi in connessione con gli uffici competenti della Presidenza;

• coinvolgere le Università e le Scuole di Specializzazione affinché si trovino strumenti che facilitino lo scambio di professionisti attraverso borse di studio, riconoscimento dei periodi svolti all'estero all'interno dei curricula formativi delle Scuole, riconoscimento di crediti ECM per i periodi svolti nell'ambito di progetti di cooperazione allo sviluppo da parte delle ONG lombarde;

• avviare un tavolo di lavoro con la sanità privata e l'industria legata alla sanità sulle possibili sinergie in progetti di sviluppo sanitario in paesi esteri.

La linea di intervento deve essere duplice: la prima rivolta ai paesi con sistemi sanitari evoluti (Canada, Australia, ecc.), al fine di avviare collaborazioni su temi fondamentali quali il finanziamento delle prestazioni, la telemedicina, l'organizzazione ed il management del sistema, la qualità, le biotecnologie; la seconda rivolta al trasferimento di conoscenze tecnologiche e gestionali nei Paesi Europei di recente ingresso ed in quelli in via di sviluppo. Verrà dedicata particolare attenzione alla collaborazione con la Delegazione della Regione Lombardia presso l'Unione Europea.

5.8 Emergenze sanitarie internazionali

Negli ultimi anni, il numero di emergenze mondiali è fortemente cresciuto a causa dell'aumento dei conflitti armati e del terrorismo, dei terremoti, delle inondazioni e più in generale delle crisi dovute a cause ambientali. La Regione Lombardia, in particolare, è stata più volte coinvolta in emergenze internazionali, sia in collegamento con le Agenzie Specializzate delle Nazioni Unite e dell'Unione Europea, sia su richiesta diretta degli stessi Stati colpiti dagli eventi calamitosi.

La maggior parte di queste emergenze richiedevano di far fronte a vario titolo a problematiche sanitarie. La tragica esperienza dell'incendio nel supermercato di Asunción (Paraguay) nel luglio 2004, nonché l'ulteriore progetto di assistenza farmaceutica realizzato a seguito della tragedia dello tsunami ne sono stati esempi eclatanti.

Nel prossimo triennio, occorre conseguentemente rendere sistemica l'organizzazione di tali interventi.

5.9 La coprogettazione come risorsa

In questi ultimi anni si è andata sempre più affermando una nuova cultura del processo di programmazione in cui il parternariato assume un ruolo determinante nel produrre risultati.

La modalità di condivisione da parte di organismi diversi di un obiettivo comune, sperimentata grazie ad iniziative come il PIC Equal, ovvero progettazioni afferenti al VI Programma Quadro, ha garantito lo sviluppo di risorse, la realizzazione di prodotti innovativi, «l'ascolto» dei destinatari, le ricadute sulle politiche.

Per il prossimo futuro va considerato che, in questo momento, nell'Unione Europea è in corso la riprogrammazione e le modalità di ripartizione delle risorse europee (programmazione che troverà applicazione nel periodo 2007/2013) e che da un punto di vista finanziario verrà data priorità alle progettazioni afferenti ai paesi di nuova entrata, sia mediante quote significative di fondi strutturali che attraverso la loro partecipazione a progetti per l'innovazione e la ricerca.

In tale situazione risulta fondamentale la capacità di costruire partnership, avviando processi di cambiamento delle modalità di «partecipazione» in termini di risorse (umane, finanziarie e strumentali): le risorse di un paese saranno rappresentate più dalle competenze e dalla capacità di trasmissione di saperi sperimentati, quelle dell'altro da investimenti finanziari e dall'applicazione di tecnologie.

Ugualmente in ambito extra-europeo, cioè attraverso la cooperazione allo sviluppo, risulta essere significativo utilizzare il partenariato come modalità di collaborazione, affinché tramite esso si possa «dare voce» sempre di più a chi evidenzia un problema e può essere in grado, se supportato, di affrontarlo e risolverlo.

Ciò significa quindi:

• identificare, insieme ad interlocutori significativi del paese ove si pensa di intervenire, quale sia l'ambito all'interno del sistema socio-sanitario che richiede una maggiore attenzione;

• progettare insieme il percorso da realizzare identificando i diversi strumenti che, a secondo delle competenze e delle disponibilità, i diversi enti che fanno parte del partenariato metteranno a disposizione;

• ottenere «valore aggiunto» dalla applicazione di parti del «proprio prodotto» contestualizzato in una realtà diversa (per storia, condizioni ambientali, situazione socio-economica, ecc.), al fine di una puntuale valutazione di tale prodotto anche sul proprio territorio.

5.10 Profit, no profit e quasi mercato

Diffusione di nuovi modelli di partenariato istituzionale, economico-sociale e territoriale, fondati su approcci integrati a livello finanziario, commerciale e sociale, in particolare, incoraggiando e sostenendo le imprese affinché integrino in modo attivo lo sviluppo del non profit nelle attività che esse realizzano, attraverso:

• potenziamento e sistematizzazione dell'iniziativa sperimentale «Borsa dei progetti Sociali», finalizzata alla promozione di partnership tra pubblico, profit e non profit;

• creazione di una rete territoriale per facilitare il matching tra soggetti pubblici, profit e non profit per l'individuazione ed attuazione di progetti socialmente utili al sistema delle imprese ed alla comunità lombarda.

5.11 Impresa sociale e Fondazioni

Al fine di garantire lo sviluppo delle politiche relative agli Enti gestori di servizi sociali e sociosanitari nella nuova ottica dell'impresa sociale sarà importante la realizzazione di un Testo Unico innovativo dell'impresa sociale e la promozione di iniziative volte allo sviluppo della cultura del modello aziendale tra gli enti gestori. In funzione di tali obiettivi saranno promosse azioni rivisitazione del settore non profit, della normativa regionale e nazionale di tale settore e promozione di attività di studio, ricerca e diffusione nel territorio di nuovi modelli di partecipazione.

5.12 Monitoraggio dei costi nelle RSA

Al fine di tenere costantemente sotto controllo l'adeguatezza del finanziamento basato sul nuovo sistema tariffario rispetto ai costi di produzione del servizio, si ritiene necessario conoscere l'andamento dei costi di produzione delle prestazioni relative al longterm care erogate dalle RSA.

Si intende, quindi, predisporre un sistema di monitoraggio continuativo dei costi di produzione delle RSA e di studiarne la relazione con i livelli di assistenza attesi e osservati anche al fine di analizzare in che misura la Regione Lombardia contribuisce alla copertura di tali costi.

5.13 Case management

Il progetto riguarda il Case management dell'anziano per l'integrazione dei profili di assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio assistenziale con particolare attenzione alle demenze. Gli obiettivi sono quelli di definire le funzioni connesse al Case management, delineare un quadro di conoscenze/competenze/abilità necessarie all'espletamento di tali funzioni, offrire elementi di valutazione per stabilire il potenziale del Case management quale metodo da implementare nei servizi lombardi e fornire contributi per un percorso futuro di eventuale formazione per il Case management.

5.14 Custode sociosanitario

Dal 2004 è attivo sul territorio di Milano il progetto sperimentale «Evoluzione del custode sociosanitario nell'area metropolitana di Milano» che ha sperimentato un sistema di sorveglianza e vicinanza alla popolazione anziana fragile, residente in aree della metropoli milanese ad alto rischio di disempowerment ed attuato mediante il collegamento ed il coordinamento dei servizi già presenti sul territorio urbano della città.

Per il 2006 è previsto un ampliamento della sperimentazione e l'obiettivo è quello di dare continuità al progetto sul territorio urbano di Milano, di mettere a regime la rete di accompagnamento per l'anziano fragile e di estendere il progetto anche ad altre aree.

5.15 Iniziative in quartieri periferici disagiati

La Regione Lombardia vuole perseguire l'obiettivo di aumentare il grado di coesione sociale nelle aree metropolitane ad alto rischio di degrado abitativo e sociale. Con questa iniziativa si intende valorizzare il patrimonio di conoscenza ed esperienza maturato dagli abitanti di quei quartieri dove più elevato è il rischio di marginalità e sostenere lo sviluppo di forme di progettazione partecipata fra operatori del privato sociale, della scuola, dei servizi territoriali e le stesse famiglie che lì risiedono.

5.16 Telefonia sociale

Il servizio di telefonia sociale, ha come finalità quella di rispondere ai bisogni di assistenza della popolazione ultrasessantacinquenne, offrendo risposte personalizzate e concrete attivando una serie articolata di interventi (dalla manutenzione e riparazioni della casa, all'aiuto domestico, all'accompagnamento e trasporto, all'assistenza socio sanitaria domiciliare) erogati da soggetti diversi, garantendo comunque una presa in carico globale e continuativa della persona. È attuato attraverso un sistema capillare di punti di ascolto, su scala locale, raggiunti dal cittadino attraverso un numero verde, unico per il territorio regionale, attivo 24 ore su 24 per tutto l'anno.

5.17 Innovazione tecnologica (domotica)

Si promuove l'utilizzo di tecnologie avanzate, con particolare riferimento alla domotica per sostenere la vita autonoma dei disabili al proprio domicilio. L'obiettivo è quello di coinvolgere le industrie che producono tecnologie avanzate in ambiente domestico e le facoltà universitarie attraverso la promozione progetti di ristrutturazione dello spazio domestico di vita del disabile. Ci si propone altresì di realizzare una banca dati on line in grado di offrire ad operatori ed utenti un quadro completo delle opportunità e soluzioni tecnologiche utili per costruirsi un ambiente domestico confortevole, sicuro, in grado di garantire una vita indipendente e con il maggior grado di autonomia che la disabilità consente.

5.18 Sportello disabili

Lo Sportello Disabili della Regione Lombardia offre risposte ai quesiti e alle richieste dei cittadini con disabilità, produce notizie utili e affidabili per il mondo della disabilità.

In particolare sarà posta attenzione ad un'ampia diffusione della newsletter Sportello in Rete, allo sviluppo dei contatti e delle collaborazioni con gli enti e le organizzazioni territoriali e alla definizione dell'organizzazione dei contenuti e della Banca Dati dello Sportello Disabili.

ALLEGATI

Tabella 1 – Spesa sanitaria in alcuni paesi Europei

Paesi	% PIL	% spesa pubblica
Germania	10.9	8
Francia	9.7	7.2
Spagna	7.6	5.4
Regno Unito	7.7	6.2
Danimarca	8.8	7.1
Irlanda	7.3	4.9
Italia	8.5	6.3
Europa	8.4	6.1

Fonte: WHO, The World Health Report 2005.

Tabella 2a – Il costo dei LEA negli anni 2001-2002

Anno 2001	PREVENZIONE	ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA OSPEDALIERA	TOTALE	diff media nazionale
Piemonte	59,00	697,29	649,82	1.406,10	1,02
Aosta	96,90	645,52	864,78	1.607,21	1,17
Lombardia	52,07	637,87	605,50	1.295,45	0,94
Trento	53,50	721,21	782,08	1.556,79	1,13
Veneto	59,11	626,47	659,43	1.345,01	0,98
FVG	38,82	648,48	681,04	1.368,34	0,99
Liguria	46,92	750,31	666,42	1.463,66	1,06
E. Romagna	55,78	714,49	601,17	1.371,44	1,00
Toscana	64,83	706,80	616,77	1.388,40	1,01
Umbria	67,27	659,90	602,46	1.329,63	0,97
Marche	55,75	690,83	612,48	1.359,06	0,99
Lazio	41,28	650,06	695,32	1.386,66	1,01
Abruzzo	58,09	618,26	689,57	1.365,92	0,99
Campania	49,55	654,94	625,91	1.330,39	0,97
Puglia	41,18	579,59	614,15	1.234,93	0,90
Basilicata	81,72	583,94	593,56	1.259,23	0,92
Calabria	60,87	607,70	671,80	1.340,37	0,97
Sardegna	88,04	595,47	673,27	1.356,77	0,99
MEDIA	59,48	654,95	661,42	1.375,85	1,00

Tabella 2b – Il costo dei LEA negli anni 2001-2002

Anno 2002	PREVENZIONE	ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA OSPEDALIERA	TOTALE
Regioni	55	698	657	1.409
Piemonte	63	715	638	1.416
Valle d'Aosta	104	750	835	1.688
Lombardia	56	700	617	1.373
Bolzano	82	836	908	1.826
Trento	66	770	838	1.673
Veneto	61	661	680	1.402
Friuli Ven. Giulia	44	681	714	1.439
Liguria	36	787	692	1.515
Emilia Romagna	65	793	608	1.466
Toscana	68	754	628	1.449
Umbria	58	713	635	1.407
Marche	59	751	632	1.442
Lazio	43	719	675	1.437
Abruzzo	67	676	713	1.456
Molise	74	649	691	1.413

Anno 2002	PREVENZIONE	ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA OSPEDALIERA	TOTALE
Campania	45	697	673	1.416
Puglia	46	613	622	1.282
Basilicata	67	545	696	1.308
Calabria	57	656	649	1.362
Sicilia	39	658	669	1.366
Sardegna	79	608	731	1.419

Tabella 3a – La spesa farmaceutica negli anni 2001, 2002, 2003, 2004 e primi mesi 2005

Spesa lorda - confronto nazionale (euro / 1000)	**Importo anno 2001**	**Differenza % 2001 vs 2000**	**Importo anno 2002**	**Differenza % 2002 vs 2001**	**Importo anno 2003**	**Differenza % 2003 vs 2002**
ABRUZZO	291.902	21,3%	305.836	4,8%	290.934	-4,9%
BASILICATA	124.245	17,9%	134.760	8,5%	132.746	-1,5%
BOLZANO	71.555	20,0%	78.021	9,0%	79.495	1,9%
CALABRIA	459.511	24,8%	479.189	4,3%	474.923	-0,9%
CAMPANIA	1.320.281	17,4%	1.300.237	-1,5%	1.240.923	-4,6%
EMILIA ROMAGNA	768.956	22,3%	818.974	6,5%	804.345	-1,8%
FRIULI VENEZIA GIULIA	218.921	21,9%	233.140	6,5%	228.279	-2,1%
LAZIO	1.307.202	24,1%	1.358.159	3,9%	1.388.798	2,3%
LIGURIA	399.478	23,6%	413.231	3,4%	415.203	0,5%
LOMBARDIA	**1.709.926**	**19,5%**	**1.847.819**	**8,1%**	**1.778.680**	**-3,7%**
MARCHE	304.974	19,9%	324.152	6,3%	303.007	-6,5%
MOLISE	67.328	23,5%	74.303	10,4%	75.200	1,2%
PIEMONTE	838.128	15,2%	857.673	2,3%	823.003	-4,0%
PUGLIA	890.753	22,1%	911.792	2,4%	911.407	0,0%
SARDEGNA	342.193	23,4%	350.793	2,5%	378.933	8,0%
SICILIA	1.248.102	25,6%	1.313.611	5,2%	1.277.512	-2,7%
TOSCANA	702.553	20,1%	711.817	1,3%	668.200	-6,1%
TRENTO	74.171	23,2%	78.189	5,4%	75.367	-3,6%
UMBRIA	170.415	10,8%	174.109	2,2%	165.199	-5,1%
VALLE D'AOSTA	21.810	20,7%	22.543	3,4%	22.123	-1,9%
VENETO	818.072	20,4%	854.517	4,5%	820.916	-3,9%
ITALIA	**12.150.478**	**20,9%**	**12.642.864**	**4,1%**	**12.355.191**	**-2,3%**

Anno 2001: abolizione del ticket a livello nazionale

Anno 2003: re-introduzione del ticket in Regione Lombardia

Tabella 3b – La spesa farmaceutica negli anni 2001, 2002, 2003, 2004 e primi mesi 2005

Spesa lorda - confronto nazionale (euro / 1000)	**Importo anno 2004**	**Differenza % 2004 vs 2003**	**Importo gennaio-settembre 2005**	**Differenza % 2005 vs 2004**
ABRUZZO	295.677	1,7%	221.853	-0,2%
BASILICATA	132.292	-0,3%	91.512	-7,6%
BOLZANO	84.604	6,4%	59.705	-6,8%
CALABRIA	505.896	6,5%	393.172	0,1%
CAMPANIA	1.353.722	9,1%	985.028	-2,8%
EMILIA ROMAGNA	861.151	7,1%	625.741	-2,8%
FRIULI VENEZIA GIULIA	250.839	10,0%	181.877	-2,8%
LAZIO	1.569.853	13,0%	1.167.225	-0,3%
LIGURIA	448.743	8,1%	305.702	-10,9%
LOMBARDIA	**1.948.174**	**9,5%**	**1.421.719**	**-2,6%**
MARCHE	325.817	7,5%	240.748	-1,2%
MOLISE	79.320	5,8%	54.303	-8,8%
PIEMONTE	883.651	7,4%	658.227	-0,3%
PUGLIA	1.000.813	9,8%	760.414	2,1%
SARDEGNA	404.307	6,7%	300.954	-0,7%
SICILIA	1.429.602	12,3%	1.056.897	-2,0%
TOSCANA	723.783	8,3%	535.252	-1,3%
TRENTO	84.186	11,7%	60.108	-4,5%

Spesa lorda - confronto nazionale (euro / 1000)	Importo anno 2004	Differenza % 2004 vs 2003	Importo gennaio-settembre 2005	Differenza % 2005 vs 2004
UMBRIA	176.015	6,5%	132.096	0,3%
VALLE D'AOSTA	24.691	11,6%	17.516	-5,2%
VENETO	910.315	10,9%	665.705	-1,8%
ITALIA	**13.493.452**	**9,3%**	**9.935.754**	**-1,8%**

Anno 2001: abolizione del ticket a livello nazionale

Anno 2003: re-introduzione del ticket in Regione Lombardia

Tabella 4 – Le strutture ambulatoriali extraospedaliere accreditate e a contratto – anno 2005

STRUTTURE AMBULATORIALI EXTRAOSPEDALIERE ACCREDITATE ED A CONTRATTO
ANNO 2005 (al 30 giugno)

	pubblico			privato			
	Amb.	Lab.		strutt. Psichiat.	amb.	lab.	
Bergamo	13	0	Bergamo	10	17	4	
Brescia	9	1	Brescia	6	8	10	
Como	19	0	Como	10	11	3	
Cremona	4	0	Cremona	5	6	1	
Lecco	4	0	Lecco	2	6	1	
Lodi	1	0	Lodi	1	3	2	
Mantova	10	0	Mantova	0	1	4	
Città di Milano	25	1	Città di Milano	11	61	29	
Milano 1	9	0	Milano 1	0	20	7	
Milano 2	14	0	Milano 2	0	8	6	
Milano 3	13	0	Milano 3	8	38	17	
Pavia	11	2	Pavia	5	21	11	
Sondrio	7	0	Sondrio	2	2	0	
Varese	15	0	Varese	12	34	5	
Vallecamonica	4	0	Vallecamonica	1	0	1	
TOTALE	158	4	TOTALE	73	236	101	**410**
		162					

TOTALE
572

Tabella 5 – Tasso di ambulatori e laboratori privati accreditati ogni 100.000 abitanti. Anni 1995, 2000 e 2003

Tasso ambulatori e laboratori privati accreditati / 100.000 abitanti

	1995	2000	2003
1 Piemonte	2,24	3,57	4,07
2 Valle d'Aosta	0	4,15	2,47
3 Lombardia	4,81	6,63	7,92
4 Trentino A.A.	3,51	5,64	5,54
5 Veneto	6,89	7,53	7,35
6 Friuli V.G.	4,2	4,21	4,44
7 Liguria	9,57	9,36	13,27
8 Emilia Romagna	5,02	6,41	7,59
9 Toscana	7,09	9,57	10,7
10 Umbria	6,07	2,86	2,97
11 Marche	5,13	6,89	7,63
12 Lazio	13,91	14,69	15,42
13 Abruzzo	10,48	10,23	10,32
14 Molise	8,14	7,02	13,07
15 Campania	21,13	24,42	24,31
16 Puglia	12,13	10,21	9,67
17 Basilicata	6,72	6,94	8,71
18 Calabria	12,19	14,61	14,43
19 Sicilia	40,82	26,6	30,25

	1995	2000	2003
20 Sardegna	14,34	13,45	13,47
21 ITALIA	11,95	11,69	12,52
22 Nord Ovest	4,56	6,04	7,35
23 Nord Est	5,59	6,57	6,96
24 Nord	4,98	6,26	7,19
25 Centro	9,98	11,14	11,91
26 Sud	15,33	16,45	16,46
27 Isole	34,3	23,38	26,1
28 Mezzogiorno	21,47	18,69	19,56
29 ITALIA	11,95	11,69	12,52

Tabella 6 – I consumi sanitari per fasce di età (anno 2004)

CONSUMO (Euro x 1.000) anno 2004				procapite Euro		
Età	M	F	Totale	M	F	Totale
00-04	13.557	10.954	24.511	61,08	52,14	56,73
05-09	13.376	9.850	23.226	64,09	50,34	57,44
10-14	15.882	11.515	27.397	76,62	58,85	67,99
15-19	13.842	13.390	27.232	66,94	69,22	68,04
20-24	12.515	19.389	31.904	52,64	85,69	68,75
25-29	18.728	35.787	54.515	57,15	114,70	85,22
30-34	27.892	51.859	79.751	70,03	138,13	103,07
35-39	36.645	57.313	93.958	86,10	142,99	113,69
40-44	37.182	50.691	87.873	100,56	141,67	120,78
45-49	37.274	49.311	86.585	117,40	155,74	136,54
50-54	43.240	56.443	99.683	142,34	182,09	162,42
55-59	56.285	65.523	121.808	188,44	211,98	200,41
60-64	66.386	70.846	137.232	238,03	235,69	236,82
65-69	82.998	84.979	167.977	336,20	300,71	317,26
70-74	77.040	81.294	158.334	395,27	319,01	352,06
75-79	55.860	64.780	120.640	411,08	298,30	341,70
80-84	29.748	39.557	69.305	386,08	248,07	293,03
Da 84	8.795	17.864	26.659	217,07	136,11	155,21
Totale	647.245	791.345	1.438.590	143,90	166,64	155,58

Età	Pro_Cap_2000	Pro_Cap_2004	Delta%
00-04	48,19	56,73	17,73
05-09	36,69	57,44	56,53
10-14	44,78	67,99	51,84
15-19	50,78	68,04	33,99
20-24	56,97	68,75	20,68
25-29	72,74	85,22	17,15
30-34	84,02	103,07	22,67
35-39	90,09	113,69	26,20
40-44	90,26	120,78	33,81
45-49	107,15	136,54	27,44
50-54	137,43	162,42	18,18
55-59	155,40	200,41	28,96
60-64	194,97	236,82	21,46
65-69	254,87	317,26	24,48
70-74	272,10	352,06	29,38
75-79	252,11	341,70	35,54
80-84	198,84	293,03	47,37
Da 84	120,12	155,21	29,21
Totale	119,41	155,58	30,29

Tabella 7 – I posti letto accreditati attivati al 31 dicembre 2004

Posti letto accreditati ed attivati al 31 dicembre 2004

Tipologia di struttura	Profit	No Profit	Totale	% No Profit
Case di cura	6.420	2.680	9.100	29,40%
Ospedali classificati	0	1.166	1.166	100%
Irccs privati	391	2.744	3.135	87,50%
Ospedali azienda / Gestione ASL	0	25.446	25.446	100%
Irccs pubblici	0	2.264	2.264	100%
Totale regione	6.811	34.299	41.110	83,40%
% posti letto pubblici ed a questi equiparati	**77,90%**			

Tabella 8 – Percentuale di posti letto ospedalieri ordinari privati accreditati (anni 1996, 2000 e 2003)

% posti letto ospedalieri ordinari privati accreditati

	1996	2000	2003
1 Piemonte	16,8	16,9	21,2
2 Valle d'Aosta	0,0	0,0	0,0
3 Lombardia	19,3	19,3	21,8
4 Trentino A.A.	16,2	9,0	7,5
5 Veneto	6,2	5,8	5,6
6 Friuli V.G.	9,0	9,1	12,1
7 Liguria	4,8	1,5	1,9
8 Emilia Romagna	20,9	21,4	23,6
9 Toscana	13,5	13,3	14,5
10 Umbria	7,2	7,2	7,9
11 Marche	15,2	14,1	14,0
12 Lazio	38,3	33,5	32,5
13 Abruzzo	21,8	8,6	18,5
14 Molise	8,5	6,3	11,3
15 Campania	25,6	29,8	34,1
16 Puglia	10,5	9,9	12,1
17 Basilicata	26,7	2,4	3,2
18 Calabria	29,4	36,1	31,5
19 Sicilia	14,2	18,6	23,5
20 Sardegna	15,2	18,3	21,0
21 ITALIA	18,8	17,9	20,5
22 Nord Ovest	16,8	16,6	19,7
23 Nord Est	12,7	12,3	13,7
24 Nord	15,0	14,8	17,1
25 Centro	27,0	23,7	23,8
26 Sud	20,4	20,7	23,6
27 Isole	14,5	18,4	22,8
28 Mezzogiorno	18,7	20,0	23,3
29 ITALIA	18,8	18,3	20,5

Tabella 9 – Tasso di posti letto ospedalieri ordinari per acuti ogni 1.000 abitanti (anni 1996, 2000 e 2003)

Tasso posti letto ospedalieri ordinari acuti / 1.000 abitanti

	1996	2000	2003
1 Piemonte	4,727	3,865	3,199
2 Valle d'Aosta	4,312	3,711	3,499
3 Lombardia	5,32	4,315	3,564
4 Trentino A.A.	5,591	4,23	3,762
5 Veneto	5,769	4,104	3,529
6 Friuli V.G.	6,084	4,708	4,025
7 Liguria	5,949	4,649	3,256
8 Emilia Romagna	5,747	4,02	3,848
9 Toscana	5,172	4,183	3,52
10 Umbria	5,164	3,734	3,129

	1996	2000	2003
11 Marche	6,465	4,389	3,354
12 Lazio	5,946	4,215	3,917
13 Abruzzo	6,821	3,973	3,659
14 Molise	5,524	4,213	4,092
15 Campania	4,277	3,159	2,677
16 Puglia	5,824	4,069	3,611
17 Basilicata	4,981	3,944	3,059
18 Calabria	5,054	3,978	4,557
19 Sicilia	4,53	3,53	3,553
20 Sardegna	5,732	4,025	4,271
21 ITALIA	5,344	4,872	3,544
22 Nord Ovest	5,212	4,218	3,429
23 Nord Est	5,781	4,151	3,724
24 Nord	5,446	4,191	3,552
25 Centro	5,707	4,191	3,654
26 Sud	5,126	3,673	3,355
27 Isole	4,826	3,859	3,731
28 Mezzogiorno	5,029	3,733	3,476
29 ITALIA	5,344	4,025	3,544

Tabella 10 – Tasso di posti letto ospedalieri ordinari per la lungodegenza e la riabilitazione ospedaliera ogni 1.000 abitanti (anni 1996, 2000 e 2003)

Tasso posti letto ospedalieri ordinari lungodegenza e riabilitazione ospedaliera / 1.000 ab.

	1996	2000	2003
1 Piemonte	0,767	0,814	0,901
3 Lombardia	1,037	0,524	0,61
4 Trentino A.A.	0,937	0,747	0,475
5 Veneto	0,884	0,588	0,578
6 Friuli V.G.	0,259	0,264	0,236
7 Liguria	1,007	0,174	0,239
8 Emilia Romagna	0,436	0,684	0,751
9 Toscana	0,536	0,232	0,267
10 Umbria	0,309	0,118	0,169
11 Marche	0,497	0,323	0,348
12 Lazio	2,147	1,182	1,068
13 Abruzzo	0,919	0,213	0,37
14 Molise	0,356	0,287	0,93
15 Campania	0,955	0,298	0,278
16 Puglia	1,117	0,15	0,144
17 Basilicata	1,704	0,121	0,126
18 Calabria	0,493	0,42	0,44
19 Sicilia	0,392	0,136	0,174
20 Sardegna	0,642	0,469	0,106
21 ITALIA	0,899	0,104	0,492
22 Nord Ovest	0,948	0,565	0,648
23 Nord Est	0,649	0,602	0,596
24 Nord	0,825	0,58	0,626
25 Centro	1,276	0,686	0,645
26 Sud	0,949	0,257	0,28
27 Isole	0,454	0,128	0,158
28 Mezzogiorno	0,789	0,216	0,24
29 ITALIA	0,899	0,469	0,492

Tabella 11 – Percentuali di mobilità per ricoveri ordinari acuti al di fuori della provincia di residenza (anni 1999 e 2003)

% stanziali province della regione ricoveri ordinari acuti

	1999	2003
1 Piemonte	84,04	82,2
2 Valle d'Aosta	82	78,11
3 Lombardia	84,03	83,87
4 Trentino A.A.	91,49	90
5 Veneto	85,86	85,27
6 Friuli V.G.	85,23	84,73
7 Liguria	84,68	82,88
8 Emilia Romagna	85,09	84,49
9 Toscana	80,14	79,12
10 Umbria	87,68	86,78
11 Marche	79,72	78,32
12 Lazio	86,56	85,34
13 Abruzzo	77,82	76,21
14 Molise	74,69	73,57
15 Campania	79,38	80,59
16 Puglia	85,95	83,41
17 Basilicata	72,44	71,21
18 Calabria	80,77	78,73
19 Sicilia	81,77	81,91
20 Sardegna	85,92	86,11
21 ITALIA	83,4	82,63
22 Nord Ovest	84,1	83,31
23 Nord Est	86,08	85,37
24 Nord	84,92	84,16
25 Centro	83,74	82,7
26 Sud	81,07	80,15
27 Isole	82,8	82,92
28 Mezzogiorno	81,58	81,05
29 ITALIA	83,4	82,63

Tabella 12 – Percentuali di mobilità per ricoveri ordinari acuti al di fuori della regione di residenza (anni 1999 e 2003)

% emigrati in altra regione ricoveri ordinari acuti

	1999	2003
1 Piemonte	7,53	8,61
2 Valle d'Aosta	18	21,89
3 Lombardia	4,06	3,98
4 Trentino A.A.	8,51	10
5 Veneto	4,34	4,84
6 Friuli V.G.	5,97	6,42
7 Liguria	8,89	11,16
8 Emilia Romagna	5,57	6,06
9 Toscana	5,1	5,68
10 Umbria	8,47	10,11
11 Marche	9,16	10,08
12 Lazio	5,83	6,6
13 Abruzzo	9,74	9,16
14 Molise	20,72	21,76
15 Campania	7,74	7,84
16 Puglia	5,77	6,78
17 Basilicata	24,22	24,49
18 Calabria	12,89	13,89
19 Sicilia	6,89	5,95
20 Sardegna	3,81	3,92
21 ITALIA	6,73	7,11
22 Nord Ovest	5,64	6,05

	1999	2003
23 Nord Est	5,41	5,99
24 Nord	5,54	6,03
25 Centro	6,31	7,07
26 Sud	9,09	9,55
27 Isole	6,13	5,46
28 Mezzogiorno	8,21	8,22
29 ITALIA	6,73	7,11

Tabella 13a – Tasso di ospedalizzazione per acuti, per la riabilitazione e la lungodegenza (anni 1996, 2000 e 2003)

Tasso ospedalizzazione acuti / 1.000 abitanti

	1996	2000	2003	diff media naz
1 Piemonte	142,83	127,55	108,79	0,78
2 Valle d'Aosta	159,35	133,56	114,34	0,82
3 Lombardia	**170,24**	**162,39**	**143,5**	**1,03**
4 Trentino A.A.	190,21	164,18	138,68	1,00
5 Veneto	192,54	146,9	128,37	0,92
6 Friuli V.G.	179,85	147,06	122,74	0,88
7 Liguria	187	173,53	121,92	0,88
8 Emilia Romagna	193,46	154,65	144,17	1,04
9 Toscana	171,87	150,65	127,4	0,92
10 Umbria	185,23	167,97	136,19	0,98
11 Marche	214,28	165,51	131,07	0,94
12 Lazio	173,53	154,7	147,77	1,06
13 Abruzzo	213,9	184,06	166,71	1,20
14 Molise	204,26	189,2	174,86	1,26
15 Campania	158,12	150	128,96	0,93
16 Puglia	205,95	189,52	163,67	1,18
17 Basilicata	168,81	151,03	102,73	0,74
18 Calabria	180,98	159,55	138,29	0,99
19 Sicilia	174,44	147,72	157,01	1,13
20 Sardegna	171,34	156,29	153,66	1,10
21 ITALIA	177,47	152,96	139,09	1,00
22 Nord Ovest	164,17	153,48	131,27	0,94
23 Nord Est	191,24	151,35	134,58	0,97
24 Nord	175,3	152,6	132,65	0,95
25 Centro	179,23	155,83	138,1	0,99
26 Sud	181,84	166,85	143,7	1,03
27 Isole	173,68	149	156,18	1,12
28 Mezzogiorno	179,2	161,09	147,71	1,06
29 ITALIA	177,47	156,29	139,09	1,00

Tabella 13b – Tasso di ospedalizzazione per acuti, per la riabilitazione e la lungodegenza (anni 1996, 2000 e 2003)

Tasso ospedalizzazione lungodegenza e riabilitazione ospedaliera / 1.000

	1996	2000	2003	diff media naz
1 Piemonte	5,01	6,72	9	1,65
2 Valle d'Aosta	0	0	0	0,00
3 Lombardia	**7,19**	**7,88**	**9,48**	**1,73**
4 Trentino A.A.	13,85	12,11	7,43	1,36
5 Veneto	6,04	7,4	7,09	1,30
6 Friuli V.G.	3,62	2,87	2,49	0,46
7 Liguria	2,85	1,99	3,31	0,61
8 Emilia Romagna	3,21	8,62	10,07	1,84
9 Toscana	3,32	2,63	3,23	0,59
10 Umbria	1,29	1,61	2,49	0,46
11 Marche	1,41	2,6	2,88	0,53
12 Lazio	5,76	5,86	6,78	1,24

	1996	2000	2003	diff media naz
13 Abruzzo	5,35	3,09	5,96	1,09
14 Molise	2,01	2,43	5,14	0,94
15 Campania	2,95	2,87	2,6	0,48
16 Puglia	2,36	2,11	1,43	0,26
17 Basilicata	2,12	0,97	1,16	0,21
18 Calabria	3,02	3,41	3,55	0,65
19 Sicilia	1,02	1,07	1,82	0,33
20 Sardegna	1,19	4,77	0,79	0,14
21 ITALIA	4,19	0,48	5,47	1,00
22 Nord Ovest	6,03	6,85	8,63	1,58
23 Nord Est	5,39	7,77	7,73	1,41
24 Nord	5,77	7,23	8,25	1,51
25 Centro	4,07	4,08	4,79	0,88
26 Sud	2,95	2,66	2,71	0,50
27 Isole	1,06	0,93	1,56	0,29
28 Mezzogiorno	2,34	2,1	2,34	0,43
29 ITALIA	4,19	4,77	5,47	1,00

Tabella 14 – Il tasso di personale dipendente del SSN ogni 10.000 abitanti (anni 1995, 2000 e 2003)

Tasso personale dipendente SSN / 10.000 abitanti

	1995	2000	2003
1 Piemonte	116,27	125,02	127,35
2 Valle d'Aosta	144,95	150,25	158,96
3 Lombardia	**111,16**	**107,12**	**107,5**
4 Trentino A.A.	142,43	146,22	150,79
5 Veneto	130,19	119,84	126,78
6 Friuli V.G.	144,22	138,61	138,74
7 Liguria	140,3	127,04	138,13
8 Emilia Romagna	135,05	128,25	135,01
9 Toscana	139,52	134,11	139,34
10 Umbria	140,12	118,84	129,68
11 Marche	123,6	115,51	119,59
12 Lazio	99,5	89,22	96,7
13 Abruzzo	123	117,99	126,56
14 Molise	117,87	114,75	126,24
15 Campania	100,06	89,65	93,81
16 Puglia	97,76	92,05	88,8
17 Basilicata	100,33	96,55	107,05
18 Calabria	116,98	109,23	118,44
19 Sicilia	100,59	92,88	97,77
20 Sardegna	135,66	125,58	130,66
21 ITALIA	116,26	109,95	114,43
22 Nord Ovest	116,12	114,68	116,68
23 Nord Est	134,68	127,41	133,31
24 Nord	123,74	119,94	123,62
25 Centro	118,54	109,2	115,97
26 Sud	104,38	96,63	100,22
27 Isole	109,22	100,9	105,91
28 Mezzogiorno	105,94	98	102,05
29 ITALIA	116,26	109,95	114,43

Tabella 15 – La popolazione residente in Lombardia (anni 1982, 1992, 2002 e 2004)

		1982	1992	2002	2004
Popolazione	Lomb	8.879.171	8.874.205	9.071.124	9.393.092
	%	*15,70*	*15,59*	*15,87*	*16,07*
	Italia	56.543.548	56.906.256	57.157.408	58.462.375
% Pop 0-14 anni					
	Lomb	19,9	13,8	13,2	13,6
	Italia	21,3	15,8	14,2	14,2
% Pop >65 anni					
	Lomb	12,5	14,6	18,2	19,2
	Italia	13,2	15,4	18,7	19,5
Pop >65 / Pop 0-14 anni					
	Lomb	62,8	105,8	138,0	141,1
	Italia	62,0	97,5	131,4	137,7
Speranza di vita a 0 anni					
Maschi	Lomb		72,6	76,9	77,7
	Italia		73,7	77,1	77,8
Femmine	Lomb		80,1	83,2	84,0
	Italia		80,2	83,0	83,7

Tab. 16

Tasso dimissioni sistema muscolare, tessuto connettivo M+F / per 10.000 abitanti

	1999	2000	2001	2002	2003
1 Piemonte	110.58	107.24	107.6	109.37	118.48
2 Valle d'Aosta	97.7	106.67	119.68	119.11	132.29
3 Lombardia	**129.87**	**133.5**	**143.33**	**147.82**	**142.58**
4 Trentino A.A.	142.23	137.81	142.35	141.89	146.47
5 Veneto	142.18	136.35	142.41	141.04	139.22
6 Friuli V.G.	133.71	131.85	134.46	138.41	138.2
7 Liguria	130.52	135.97	148.62	158.82	162.04
8 Emilia Romagna	126.25	123.26	127.24	124.37	124.09
9 Toscana	104.24	107.08	111.9	116.32	118.11
10 Umbria	125.95	123.83	121.3	119.18	116.25
11 Marche	113.04	120.31	122.08	123.1	116.27
12 Lazio	95.52	105.18	115.51	126.25	131.74
13 Abruzzo	139.38	154.48	160.84	162.02	152.81
14 Molise	107.62	105.96	115.5	119.34	117.68
15 Campania	78.73	82.02	86.78	91.13	92.68
16 Puglia	118.43	119.52	123.54	114.9	112.18
17 Basilicata	124.23	123.4	125.6	117.94	115.63
18 Calabria	107.68	107.86	110.89	114.32	110.51
19 Sicilia	96.87	94.31	105.14	108.91	115.28
20 Sardegna	101.43	103.09	107.09	113.41	110.94
21 ITALIA	113.75	115.27	121.55	124.14	124.49
22 Nord Ovest	124.2	126.11	133.61	137.91	137.75
23 Nord Est	135.26	131.06	135.83	134.57	134.07
24 Nord	128.76	128.16	134.53	136.52	136.22
25 Centro	102.89	109.18	115.67	122.11	124.1
26 Sud	102.52	105.51	109.94	109.59	107.92
27 Isole	97.98	96.46	105.62	110.03	114.21
28 Mezzogiorno	101.05	102.59	108.55	109.73	109.94
29 ITALIA	113.75	115.27	121.55	124.14	124.49

Tabella 17 – Mortalità in Lombardia (anni 1992 – 2002)

Mortalità		Lombardia			Italia		
Causa	Sesso	1992	2002	Delta%	1992	2002	Delta%
Mortalità Totale	M	131,79	101,17	-23,23	123,21	98,37	-20,16
	F	69,89	57,66	-17,50	72,48	58,84	-18,82
Tumori	M	45,30	37,50	-17,22	37,03	32,57	-12,04
	F	21,11	19,18	-9,14	18,57	16,99	-8,51
T.M. Stomaco	M	4,53	2,74	-39,51	3,27	2,20	-32,72
	F	2,03	1,29	-36,45	1,60	1,07	-33,13
T.M. Colon-Retto	M	3,42	3,67	7,31	3,25	3,21	-1,23
	F	2,02	2,01	-0,50	2,02	1,90	-5,94
T.M. Trachea, Bronchi, Polmoni	M	12,72	10,21	-19,73	10,49	8,88	-15,35
	F	1,79	1,98	10,61	1,46	1,66	13,70
T.M. Mammella	F	3,96	3,45	-12,88	3,33	2,95	-11,41
T.M. Utero	F	0,80	0,64	-20,00	0,95	0,68	-28,42
T.M. Prostata	M	3,14	2,53	-19,43	2,88	2,56	-11,11
Mal. Cardiocircolatorie	M	50,66	36,56	-27,83	50,08	37,60	-24,92
	F	30,42	22,94	-24,59	33,74	25,16	-25,43
Mal. Ischemiche	M	20,05	14,62	-27,08	17,50	13,86	-20,80
	F	8,83	7,72	-12,62	8,57	7,05	-17,74
Dist. Circolatori Encefalo	M	13,72	8,76	-36,15	14,39	9,56	-33,56
	F	9,98	6,65	-33,37	11,24	7,52	-33,10
Mal. Respiratorie	M	9,28	7,61	-18,00	9,28	7,42	-20,04
	F	3,41	3,18	-6,74	3,34	2,96	-11,38
Accidenti, Avvelenamenti, Traumatismi	M	7,14	5,43	-23,95	7,08	5,51	-22,18
	F	2,83	2,04	-27,92	3,06	2,33	-23,86

Mortalità: Tassi standardizzati x 10.000 residenti

Tabella 18a – Tasso di MMG e di PLS ogni 10.000 abitanti (anni 1995, 2000 e 2003)

Tasso medici medicina generale / 10.000 ab.

	1995	2000	2003
1 Piemonte	8,4	8,44	8,2
2 Valle d'Aosta	8,35	8,72	8,4
3 Lombardia	8,23	8,19	7,66
4 Trentino A.A.	6,32	6,39	6,57
5 Veneto	7,91	7,66	7,68
6 Friuli V.G.	8,73	8,7	8,63
7 Liguria	8,9	8,73	8,93
8 Emilia Romagna	9,27	8,15	8,06
9 Toscana	8,89	8,3	8,72
10 Umbria	8,21	8,32	8,76
11 Marche	8,69	8,18	8,22
12 Lazio	8,92	8,92	9,37
13 Abruzzo	8,39	8,06	8,46
14 Molise	8,65	8,61	8,77
15 Campania	6,75	7,93	7,77
16 Puglia	8,11	7,98	8,21
17 Basilicata	8,89	9,25	8,53
18 Calabria	8,41	8,36	8,48
19 Sicilia	7,95	7,7	8,16
20 Sardegna	7,86	7,89	7,85
21 ITALIA	8,23	8,16	8,18
22 Nord Ovest	8,35	8,33	7,95
23 Nord Est	8,38	7,85	7,83
24 Nord	8,36	8,13	7,9
25 Centro	8,83	8,58	8,96
26 Sud	7,67	8,09	8,12
27 Isole	7,92	7,75	8,08
28 Mezzogiorno	7,75	7,98	8,11
29 ITALIA	8,23	8,16	8,18

Tabella 18b – Tasso di MMG e di PLS ogni 10.000 abitanti (anni 1995, 2000 e 2003)

Tasso pediatri di libera scelta /10.000 ab. < 15 anni

	1995	2000	2003
1 Piemonte	8,17	8,13	8
2 Valle d'Aosta	7,22	7,81	9,47
3 Lombardia	7,07	7,92	8,25
4 Trentino A.A.	7,46	7,27	8,24
5 Veneto	7,99	8,51	8,49
6 Friuli V.G.	6,58	7,73	8,07
7 Liguria	11,9	10,22	10,04
8 Emilia Romagna	9,01	10,39	10,18
9 Toscana	10,3	9,11	9,82
10 Umbria	7,64	9,95	9,83
11 Marche	8,75	8,93	8,97
12 Lazio	8,97	9,63	10,75
13 Abruzzo	7,96	10,85	10,48
14 Molise	2,43	7,76	8,5
15 Campania	2,47	7	7,51
16 Puglia	6,14	8,52	8,88
17 Basilicata	5,82	7,59	7,7
18 Calabria	5,94	8,45	9,08
19 Sicilia	8,7	9,25	10,08
20 Sardegna	7,65	9,49	9,96
21 ITALIA	7,17	8,6	9,01
22 Nord Ovest	7,81	8,18	8,35
23 Nord Est	8,12	8,93	9
24 Nord	7,94	8,49	8,62
25 Centro	9,22	9,42	10,17
26 Sud	4,55	7,95	8,37
27 Isole	8,47	9,3	10,06
28 Mezzogiorno	5,79	8,38	8,89
29 ITALIA	7,17	8,6	9,01

Tabella 19 – Tasso di ricorso al Pronto soccorso ogni 10.000 abitanti (anni 1996, 2000 e 2003)

Tasso ricorso al pronto soccorso / 10.000 abitanti

	1996	**2000**	**2003**
1 Piemonte	3.741,0	4.141,0	3.989,0
2 Valle d'Aosta	2.803,1	3.081,2	3.816,9
3 Lombardia	3.700,9	3.788,3	3.693,7
4 Trentino A.A.	5.114,8	5.289,9	4.438,0
5 Veneto	4.647,7	5.147,0	4.526,4
6 Friuli V.G.	4.151,3	3.817,4	3.289,1
7 Liguria	3.614,9	4.283,4	3.435,7
8 Emilia Romagna	3.758,1	4.395,3	4.067,2
9 Toscana	2.775,4	3.589,4	3.357,6
10 Umbria	4.610,4	4.440,6	4.529,1
11 Marche	4.405,2	4.022,9	3.814,5
12 Lazio	3.857,3	4.402,9	4.143,0
13 Abruzzo	4.484,0	3.792,0	4.409,2
14 Molise	3.868,1	4.366,5	4.879,1
15 Campania	3.964,2	4.311,0	4.527,2
16 Puglia	3.042,9	3.576,6	3.588,6
17 Basilicata	2.518,8	3.281,6	3.240,5
18 Calabria	2.970,5	3.751,1	4.097,8
19 Sicilia	4.254,6	3.967,2	4.109,7
20 Sardegna	2.336,7	4.098,7	2.334,6
21 ITALIA	3.765,6	3.406,3	3.945,6
22 Nord Ovest	3.695,8	3.935,8	3.750,8

	1996	2000	2003
23 Nord Est	4.298,5	4.729,4	4.209,8
24 Nord	3.943,6	4.263,6	3.942,2
25 Centro	3.639,5	4.096,8	3.876,3
26 Sud	3.534,7	3.927,6	4.137,2
27 Isole	3.783,1	3.829,7	3.670,4
28 Mezzogiorno	3.615,0	3.896,0	3.987,0
29 ITALIA	3.765,6	4.098,7	3.945,6

Tabella 20 – Percentuale di strutture con dipartimento di emergenza-urgenza (anni 1996, 2000 e 2003)

% strutture con dipartimento di emergenza urgenza

	1996	2000	2003
1 Piemonte	19,05	31,11	33,72
2 Valle d'Aosta	100	100	100
3 Lombardia	7,95	29,71	40,71
4 Trentino A.A.	4,55	8,57	16,13
5 Veneto	11,48	25,51	34,07
6 Friuli V.G.	14,29	50	56,52
7 Liguria	9,26	15	40
8 Emilia Romagna	17,92	23,08	28,17
9 Toscana	16,67	32,43	36,11
10 Umbria	11,11	43,75	37,5
11 Marche	16,98	38,46	31,37
12 Lazio	4,35	12,44	16,77
13 Abruzzo	10,81	28,57	50
14 Molise	20	33,33	40
15 Campania	7,41	20,55	23,19
16 Puglia	1,54	6,73	12,12
17 Basilicata	0	16,67	40
18 Calabria	1,33	13,33	16
19 Sicilia	7,59	18,46	18,8
20 Sardegna	1,96	21,19	13,04
21 ITALIA	8,9	4,35	26,54
22 Nord Ovest	11,67	28,25	38,18
23 Nord Est	13	24,6	31,94
24 Nord	12,22	26,5	35,09
25 Centro	8,64	21,94	25
26 Sud	4,87	16,27	22,13
27 Isole	6,12	14,77	17,32
28 Mezzogiorno	5,26	15,8	20,55
29 ITALIA	8,9	21,19	26,54

CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO

Tab. 21a

- **FAMIGLIA**

Numero di componenti per famiglia	1 persona	2 persone	3 persone	4 persone	5 persone	6 o più persone	Totale
Totale Lombardia	969.504	1.055.511	840.742	616.556	139.351	31.290	3.652.954

Fonte: Istat, Censimento 2001.

Tab. 21b

- **ANZIANI**

Struttura per età della popolazione anziana residente in Lombardia 2001-2004

Anziani	Valori assoluti (migliaia)		Incidenza percentuale sul totale
	2001	2004	2004
60-64	597	579	6,3
65-69	502	529	5,7
70-74	435	450	4,9
75-79	340	353	3,8
80-84	178	237	2,6
85+	189	172	1,9
Totale	2241	2320	25,1

Fonte: Istat (il dato si riferisce al 01.01.2004)

Tab. 21c

- **MINORI**

Tasso di abbandono al primo e al secondo anno della scuola secondaria in Lombardia dall'a.s. 2000/01 all'a.s. 2003/04.

Anno scolastico	Primo anno	Secondo anno
2000/01	11,6	3,0
2001/02	12,6	4,3
2002/03	15,9	4,9

Fonti: Istat e MIUR

Tab. 21d

- **POVERTÀ**
  - Famiglie povere e non povere in base a tre diverse linee di povertà. Anno 2002 (composizione percentuale).

Area geografica	Sicuramente povere	Appena povere	Quasi povere	Sicuramente non povere
Lombardia	1,5	2,2	3,9	92,4
Nord	2,1	2,9	5,3	89,7
Centro	2,9	3,9	6,6	86,7
Mezzogiorno	10,9	11,5	12,8	64,8
ITALIA	5,1	5,9	8	81

Fonte: Istat, La povertà e l'esclusione sociale nelle regioni italiane. Anno 2002, dicembre 2003.

Il valore di riferimento per la definizione delle tre diverse linee di povertà è pari a 823,45 euro, corrispondente alla soglia di povertà relativa per una famiglia di due persone nel 2002. La linea di povertà che definisce le famiglie "appena povere", rappresentante la spesa familiare mensile, è stata ottenuta abbassando del 20% il valore di riferimento; la linea della povertà delle famiglie "quasi povere" corrisponde ad un innalzamento del valore di riferimento del 20%; le famiglie "sicuramente povere" presentano consumi inferiori all'80% della linea di povertà presa a riferimento.

RISORSE FINANZIARIE

Tab. 22

- **RISORSE DESTINATE ALL'AREA SOCIOSANITARIA E SOCIALE**

SERIE STORICHE E IMPIEGHI DELLE RISORSE GESTITE DALLA D.G. FAMIGLIA

	2001	2002	2003	2004	2005
SPESE CORRENTI	1.230.352.416	1.290.292.476	1.339.321.113	1.425.512.001	0
INVESTIMENTI	59.430.810	91.804.655	66.079.249	49.698.619	0
TOTALE	**1.289.783.226**	**1.382.097.131**	**1.405.400.363**	**1.475.210.620**	**0**

FONTI DI FINANZIAMENTO

	2001	2002	2003	2004	2005
AUTONOME	170.514.313	165.018.660	147.259.163	140.999.688	0
VINCOLATE	162.084.809	208.840.811	181.888.200	189.710.932	0
FONDO SANITARIO	957.184.104	1.008.237.660	1.076.253.000	1.144.500.000	0
TOTALE	**1.289.783.226**	**1.382.097.131**	**1.405.400.363**	**1.475.210.620**	**0**

Tab. 23 AREA DI INTERVENTO

- **FAMIGLIA**

CONSULTORI FAMILIARI ACCREDITATI - 2002/2005

A.S.L. di	C.F. PUBBLICI						C.F. PRIVATI					
	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	(Aggiornato al 01/12/2005)			Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	(Aggiornato al 01/12/2005)		
				SEDI PRINCIPALI	SEDI DISTACCATE[22]	TOTALE				SEDI PRINCIPALI	SEDI DISTACCATE	TOTALE
BG	18	18	18	9	12	21	3	3	3	3		3
BS	19	19	19	18	10	28	1	1	1	3		3
CO	10	10	10	9		9	1	1	1	2		2
CR	3	3	3	3	1	4	1	1	1	1		1
LC	13	13	13	12	1	13	1	1	1	2		2
LO	3	3	3	3		3	2	2	2	2		2
MN	15	15	15	15	14	29	1	1	1	1		1
MI Città	19	19	19	19		19	9	10	12	13	1	14
MI 1	18	18	18	16		16	3	3	4	4		4
MI 2	12	12	12	12	7	19	3	3	3	3		3
MI 3	27	28	28	29		29	7	8	8	8		8
PV	13	14	14	14		14	-	-	-	1		1
SO	6	6	6	5		5	-	-	-	-		
Vall.ca	3	3	3	3		3	-	-	-	-		
VA	8	8	8	11	6	17	3	4	4	4		4
REGIONE	187	189	189	178	51	229	35	38	41	47	1	48

[22] Le *Sedi Distaccate* consentono di ampliare l'offerta sul territorio secondo orari e prestazioni corrispondenti ai bisogni e alle esigenze locali.

Tab. 24

- **MINORI**

NIDI DATI ANNO 2004

A.S.L.	N° Nidi	Tot. Utenti	Assegnazione in € da Fondo Sociale Regionale
BERGAMO	54	1.685	1.191.286
BRESCIA	100	2.635	1.045.000
COMO	36	1.297	618.914
CREMONA	23	944	546.992
LECCO	19	749	585.840
LODI	12	434	303.399
MANTOVA	40	1.200	834.155
MILANO CITTA'[23]	128	7.041	5.665.196
MILANO 1	87	3.429	2.166.749
MILANO 2	34	1.775	181.888
MILANO 3	65	2.849	1.920.579
PAVIA	35	1.539	533.722
SONDRIO	6	242	193.101
VALLE CAMONICA SEBINO	5	80	73.000
VARESE	59	2.321	2.031.264
TOTALI	703	28.220	17.891.085

Tab. 25a

- **DISABILI**

CENTRI DIURNI PER DISABILI (C.D.D.) AL 31/12/2005

ASL	TOTALE STRUTTURE	
	N. SERVIZI	POSTI
BERGAMO	15	400
BRESCIA	29	696
COMO	11	303
CREMONA	10	167
LECCO	9	207
LODI	4	110
MILANO CITTA'	32	801
MILANO 1	19	493
MILANO 2	10	221
MILANO 3	26	612
MANTOVA	12	272
PAVIA	11	315
SONDRIO	8	187
VARESE	20	428
VALLECAMONICA	4	86
TOTALE	220	5298

[23] I dati per Milano si riferiscono all'anno 2003.

Tab. 25b

SITUAZIONE RESIDENZA SANITARIA PER DISABILI (R.S.D.) AL 31/12/2005

	TOTALE	
ASL	**N° STRUTTURE**	**N° POSTI**
BERGAMO	6	311
BRESCIA	4	155
COMO	7	226
CREMONA	3	521
LECCO	2	88
LODI	2	55
MANTOVA	2	86
MILANO CITTA'	3	178
MILANO 1	4	237
MILANO 2	1	35
MILANO 3	3	147
PAVIA	7	181
SONDRIO	3	89
VALLECAMONICA	0	0
VARESE	4	168
TOTALE	51	2477

Tab. 25c

COMUNITÀ SOCIOSANITARIA PER DISABILI (C.S.S.) AL 31/12/2005

	TOTALE	
ASL	**N° STRUTTURE**	**N° POSTI**
BERGAMO	**12**	**96**
BRESCIA	**15**	**136**
COMO	**6**	**55**
CREMONA	**6**	**52**
LECCO	**4**	**40**
LODI	**2**	**16**
MANTOVA	**5**	**34**
MILANO CITTA'	**14**	**110**
MILANO 1	**13**	**100**
MILANO 2	**3**	**27**
MILANO 3	**8**	**68**
PAVIA	**11**	**102**
SONDRIO	**1**	**7**
VALLECAMONICA	**2**	**20**
VARESE	**14**	**119**
TOTALE	**116**	**982**

Tab. 26

- **ANZIANI**

Dotazione Residenze Sanitario Assistenziali per Anziani al 31.12.2005

ASL	pop. => 75 anni	n. strutture	n. p.l.	% dotazione p.l. su pop. => 75 anni
BG	72.578	59	5.122	7,1%
BS	80.952	85	5.960	7,4%
BSV	7.702	13	737	9,6%
CO	45.316	51	4.161	9,2%
CR	32.166	29	3.720	11,6%
LC	25.834	24	1.905	7,4%
LO	17.568	14	1.194	6,8%
MI	140.178	41	6.047	4,3%

ASL	pop. => 75 anni	n. strutture	n. p.l.	% dotazione p.l. su pop. => 75 anni
MI1	65.762	44	3.899	5,9%
MI2	32.019	13	1.904	5,9%
MI3	77.259	41	3.815	4,9%
MN	39.434	43	2.951	7,5%
PV	53.020	72	4.961	9,4%
SO	14.722	19	1.396	9,5%
VA	70.349	49	4.674	6,6%
LOMBARDIA	**774.859**	**597**	**52.446**	**6,8%**

Centri Diurni Integrati per anziani accreditati al 31.12.2005

ASL	NR strutture al 31.12.05	NR Posti al 31.12.05
BG	15	351
BS	39	706
CO	11	273
CR	16	375
LC	4	72
LO	4	92
MI	14	222
MI1	18	436
MI2	16	477
MI3	5	92
MN	16	424
PV	17	354
SO	4	71
VA	9	188
Vallecamonica	7	87
REGIONE LOMBARDIA	**195**	**4.220**

Tab. 27a

- **DIPENDENZE**
  - **Alcool Utenza Servizi - 2004**

ASL	NUOVI UTENTI		GIÀ IN CARICO O RIENTRATI		TOTALE UTENTI		TOTALI
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	
BERGAMO	215	72	319	93	534	165	699
BRESCIA	132	57	196	109	328	166	494
COMO	85	20	153	57	238	77	315
CREMONA	377	35	188	23	565	58	623
LECCO	72	27	98	46	170	73	243
LODI	122	22	579	117	701	139	840
MI CITTA'	670	148	383	137	1053	285	1338
MILANO 1	237	51	378	94	615	145	760
MILANO 2	76	18	158	47	234	65	299
MILANO 3	216	64	367	155	583	219	802
MANTOVA	96	25	192	64	288	89	377
PAVIA	87	29	199	69	286	98	384
SONDRIO	46	14	136	45	182	59	241
VARESE	186	61	384	128	570	189	759
VAL CAMONICA	37	21	65	28	102	49	151
TOTALI	**2654**	**664**	**3795**	**1212**	**6449**	**1876**	**8325**

Tab. 27b	SERVIZI DIPENDENZE accreditati 31 DICEMBRE 2005									UTENTI IN CARICO 2004		
ASL	PUBBLICI	ENTI AUSILIARI (Privato sociale, Terzo settore, Associazioni)						TOTALE SERVIZI ENTI AUSILIARI	TOTALE SERVIZI PUBBLICI E ENTI AUSILIARI	TOTALE TOSSICODIPENDENTI (a)	TOTALE ALCOLDIPENDENTI (b)	TOTALE UTENTI (a+b)
	Servizi Territoriali Dipendenze	AREA TERAPEUTICA		AREA PEDAGOGICA		AREA ACCOGLIENZA e SPECIALISTICA						
		Servizi Residenziali	Servizi Semi Residenziali	Servizi Residenziali	Servizi Semi Residenziali	Moduli	Servizi totalmente dedicati					
BG	**6**	10	1	1	1	5	2	**15**	**21**	3.309	699	**4.008**
BS	**11**	12		3	1	8	2	**18**	**29**	2.478	494	**2.972**
CO	**8**	5		1		5		**6**	**14**	1.655	315	**1.970**
CR	**3**	7	1	1		3	3	**12**	**15**	1.301	623	**1.924**
LC	**2**	3		1		1		**4**	**6**	637	243	**880**
LO	**3**	8		2		1		**10**	**13**	639	840	**1.479**
MI CITTÀ	**14**	6	1			6	3	**10**	**24**	3.863	1.338	**5.201**
MI 1	**10**	2		4				**6**	**16**	1.567	760	**2.327**
MI 2	**4**	6						**6**	**10**	1.790	299	**2.089**
MI 3	**8**	4	1	1		2		**6**	**14**	2.024	802	**2.826**
MN	**6**	5	1	1		3		**7**	**13**	959	377	**1.336**
PV	**3**	6		5	1	2		**12**	**15**	1.963	384	**2.347**
SO	**6**	2		1		1		**3**	**9**	350	241	**591**
VA	**7**	8	1	1		7	1	**11**	**18**	3.143	759	**3.902**
VAL	**2**	1		1		1	1	**3**	**5**	273	151	**424**
REGIONE	**93**	**85**	**6**	**23**	**3**	**45**	**12**	**129**	**222**	**25.951**	**8.325**	**34.276**

Tab. 28

- **AREA IMMIGRAZIONE**
  - **Principali indicatori di insediamento, periodo di riferimento 2001-2004.**

	2001	2002	2003	2004
Soluzione abitativa autonoma[(a)]/precaria[(b)]	3,38	4,56	4,15	8,54
% Coniugati che vivono con coniuge	70,3	64,5	68,8	67,0
% Coniugati o conviventi della stessa nazionalità	84,4	87,6	86,4	n.d.
% Abitazioni di proprietà	8,5	8,9	10,9	14,1

Osservatorio Regionale per l'integrazione e multietnicità della Regione Lombardia. (È in corso la pubblicazione dei dati relativi all'anno 2005).

Note*: (a) casa di proprietà o in affitto solo o con parenti; (b) struttura d'accoglienza, occupazione abusiva, baracche o luoghi di fortuna, senza fissa dimora/dove capita, albergo o pensione a pagamento, concessione gratuita, altro.*

Tab. 29

- **RIABILITAZIONE**
  - **Istituti di riabilitazione ex art. 26, L. 833/78**

ASL	N SERVIZI	*REGIME RICOVERO* TOTALE POSTI LETTO	*REGIME DIURNO* TOTALE GIORNATE	*REGIME AMBULATORIALE* TOTALE TRATTAMENTI	*REGIME DOMICILIARE* TOTALE TRATTAMENTI
BG	**11**	388	12.600	21.980	12.938
BS	**6**	353	6.674	22.380	6.878
CO	**4**	128	40.375	86.900	5.620
CR	**9**	784	756		0
LC	**5**	197	66.800	96.575	4.860
LO	**2**	252			
MI	**16**	793	99.431	471.608	108.209
MI1	**6**	786	55.934	56.555	2.000
MI2	**2**	209	17.470	79.350	19.550
MI3	**4**			105.600	5.460
MN	**7**	162	26.600	19.300	0
PV	**3**	330	3.715	18.100	4.600
SO	**0**				
VA	**7**	227	42.000	67.855	4.460
VCM	**1**			8.740	
TOTALE	**83**	**4.609**	**372.355**	**1.054.943**	**174.575**

Tab. 30

- **HOSPICE**

Dotazione Hospice al 31.12.2005

ASL	n. hospice	n. p.l.
BG	1	10
BS	1	8
BSValc.	0	0
CO	2	20
CR	0	0
LC	1	12
LO	0	0
MI	2	23
MI1	1	14
MI2	1	10
MI3	1	18
MN	2	18
PV	1	10
SO	0	0
VA	1	8
tot.	**14**	**151**

GLOSSARIO

Sigla	Denominazione
ADI	Assistenza domiciliare integrata
ADO	Assistenza domiciliare oncologica
ADP	Assistenza domiciliare programmata
AIDS	Acquired immune deficiensy syndrome
AIFA	Agenzia italiana del farmaco
AO	Azienda ospedaliera
ARPA	Agenzia regionale per la protezione dell' ambiente
ASA	Ausiliario socio assistenziale
ASL	Azienda sanitaria locale
ASP	Azienda di servizi alla persona
ASSI	Attività socio sanitarie integrate
BDA	Banca dati assistito
BdD	Budget di distretto
BLS	Basic life support
BPCO	Bronco pneumopatia cronica ostruttiva
BSE	Encefalite bovina spongiforme
CDD	Centri diurni per persone con disabilità
CDI	Centro diurno integrato
CIO	Comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere
CNR	Consiglio nazionale delle ricerche
COSD	Comitato per l'ospedale senza dolore
Country hospital	Ospedale di comunità
CPD	Continuing professional development
CPS	Centri psico sociali
CRS	Carta regionale dei servizi
CSS	Comunita alloggio socio sanitaria per persone con disabilità
CUP	Centro unico di prenotazione
D.Lgs	Decreto legislativo
DAMA	Disable advanced medical assistence
DCA	Disturbi comportamento alimentare
DCR	Delibera del Consiglio regionale
DEA	Dipartimento di emergenza, urgenza e accettazione
DG	Direzione generale
DGR	Delibera della giunta regionale
DH	Day hospital
DMI	Dipartimento materno infantile
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DPEFR	Documento di programmazione economica e finanziaria regionale
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica
DRG	Diagnostic related groups
DS	Day surgery
EAS	Dipartimento di emergenza, urgenza e accettazione di alta specialità
ECM	Educazione continua in medicina
EUDRA Vigilance	Banca dati nazionale ed europea del farmaco
EuSEM	European society of emergensy medicine
Evidence based prevention	Prevenzione basata sulle prove
GCP	Gruppo di cure primarie
Grant making	Fondazione di erogazione
HIV	Human Immuno deficiency virus
HPH	Health promoting hospital
HTA	Health technology assessment
ICI	Imposta comunale sugli immobili
ICT	Information and communication technology
IDR	Istituto di riabilitazione
INAIL	Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro
INPS	Istituto nazionale previdenza sociale
IPAB	Istituto pubblico di assistenza e beneficenza

Sigla	Denominazione
IRCCS	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
ISEE	Indicatori di situazioni economiche equivalenti
ISPES	Istituto per la promozione dello sviluppo economico e sociale
ISS	Istituto superiore di sanità
ISTAT	Istituto nazionale di statistica
l.r.	Legge regionale
LEA	Livelli essenziali di assistenza
MIUR	Ministero dell'università e della ricerca scientifica
MMG	Medico di medicina generale
MPR	Morbillo parotite rosolia
MST	Malattie sessualmente trasmissibili
NHS	National health service
NOC	Nucleo operativo di controllo
NPIA	Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
OB	Osservazione breve
OBI	Osservazione breve intensiva
OCSE	Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
OD	Ospedalizzazione domiciliare
OGM	Organismo geneticamente modificato
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
ONG	Organizzazione non governativa
OP	Ospedale psichiatrico
OSD	Ospedale senza dolore
OSS	Operatore socio-sanitario
OTA	Operatore tecnico assistenziale
PAC	Programmazione acquisto e controllo
PCA	Patient Controlled Analgesia
PCB	Policlorobifenili
PDT	Percorso diagnostico terapeutico
PdZ	Piano di zona
PET	Tomografia a emissione di positroni
PIC Equal	Programma europeo di lotta alla discriminazione e alla diseguaglianza sul mercato del lavoro
PIL	Prodotto interno lordo
PLS	Pediatra di libera scelta
POFA	Piani di organizzazione e funzionamento aziendale
PRSM	Piano regionale per la salute mentale
PS	Pronto soccorso
PSSR	Piano socio-sanitario regionale
PTI	Piano di trattamento individuale
Risk management	Sistema di gestione del rischio
RSA	Residenza sanitario-assistenziale
RSD	Residenza sanitario-assistenziale per persone con disabilità
SDO	Scheda di dimissione ospedaliera
SERT	Servizio tossicodipendenze
SIDS	Sindrome improvvisa dell'infante
SISS	Sistema informativo socio sanitario
SOSIA	Scheda di osservazione intermedia dell' assistenza
SPC	Sviluppo professionale continuo
SSN	Servizio sanitario nazionale
SSR	Servizio sanitario regionale
TAC	Tomografia assiale compiuterizzata
TARSU	Tassa rifiuti solidi urbani
TB	Tubercolosi
TBC	Tubercolosi clinica
UO	Unità operative
UOCP	Unità operativa di cure palliative
UONPIA	Unità operativa neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
UPT	Ufficio di pubblica tutela
URP	Ufficio relazioni con il pubblico

Principali fonti normative citate

Legge	N.	Data	Oggetto
Costituzione	G.U. 298 ed. straord.	27 dicembre 1947	Costituzione della Repubblica Italiana
L.	386	26 luglio 1975	(Approvazione ed esecuzione dell'accordo tra Italia e la Svizzera relativo alla imposizione dei lavoratori frontalieri ed alla compensazione finanziaria a favore dei comuni italiani di confine, firmato a Roma il 3 ottobre 1974)
L.	180	13 maggio 1978	(Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori)
D.lgs.	277	15 agosto 1991	Attuazione delle direttive n. 80/1107/CEE, n. 82/605/CEE, n. 83/477/CEE, n. 86/188/CEE e n. 88/642/CEE, in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici durante il lavoro, a norma dell'art. 7 della legge 30 luglio 1990, n. 212
L.	210	25 febbraio 1992	Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati
D.lgs.	502	30 dicembre 1992	(Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421)
L.	109	11 febbraio 1994	(Legge quadro in materia di lavori pubblici)
D.lgs	626	19 settembre 1994	Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42/CE, 98/24/CE, 99/38/CE e 99/92/CE, 2001/45/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro (Pubblicato nel S.O. alla Gazzetta Ufficiale n. 265 del 12 novembre 1994)
L.r.	31	11 luglio 1997	“Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali”.
L.	449	27 dicembre 1997	"Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica"
L.	488	23 dicembre 1998	"Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo"
L.r.	23	6 dicembre 1999	(Politiche regionali per la famiglia)
D.lgs.	56	18 febbraio 2000	(Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133)
L.	251	10 agosto 2000	(Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica)
L.	328	8 novembre 2000	(Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)
L.	388	23 dicembre 2000	“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)”
D.P.R.	445	28 dicembre 2000	Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa
L.r.	1	15 gennaio 2001	“Disciplina dei mutamenti di destinazione d’uso di immobili e norme per la dotazione di aree per attrezzature pubbliche e di uso pubblico”.
L.r.	10	7 maggio 2001	“Utilizzazione a fini umanitari del patrimonio mobiliare dismesso delle Aziende sanitarie”.
D.m.	296	21 maggio 2001	“Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999 n. 329, recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell’art. 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124”.
D.lgs.	231	8 giugno 2001	Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della l. 29 settembre 2000, n. 300.
Legge Cost.	3	18 ottobre 2001	“Modifiche al Titolo V della Parte II della Costituzione”
D.p.c.m.		29 novembre 2001	Definizione dei livelli essenziali di assistenza
D.lgs.	77	5 aprile 2002	Disciplina del Servizio civile nazionale a norma dell'articolo 2 della l. 6 marzo 2001, n. 64
L.r.	1	13 febbraio 2003	“Riordino della disciplina delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza operanti in Lombardia”.
L.r.	12	4 agosto 2003	“Norme relative a certificazioni in materia di igiene e sanità pubblica”.

Legge	N.	Data	Oggetto
L.r.	17	29 settembre 2003	“Norme per il risanamento dell’ambiente, bonifica e smaltimento dell’amianto"
L.	326	24 novembre 2003	"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici"
L.	40	19 febbraio 2004	"Norme in materia di procreazione medicalmente assistita"
L.	311	30 dicembre 2004	"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)"
L.r.	1	1 febbraio 2005	“Interventi di semplificazione – Abrogazione di leggi e regolamenti regionali – Legge di semplificazione 2004”.
L.r.	5	8 febbraio 2005	"V PIANO REGIONALE SANGUE E PLASMA DELLA REGIONE LOMBARDIA PER GLI ANNI 2004-2008"
L.r.	6	8 febbraio 2005	“Interventi normativi per l’attuazione della programmazione regionale e di modifica e integrazione di disposizioni legislative – Collegato ordinamentale 2005”.
L.	118	13 giugno 2005	"Delega al Governo concernente la disciplina dell'impresa sociale"
D.lgs.	191	19 agosto 2005	"Attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti"
L.	219	21 ottobre 2005	"Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati"
L.	266	23 dicembre 2005	Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006).
L.r.	2	3 gennaio 2006	“Servizio civile in Lombardia”

ALLEGATO 2

MONTE RISORSE FSR

MONTE RISORSE FSR PREVISTO ANNI 2006-2008			
	2006	**2007**	**2008**
RISORSE SISTEMA SANITARIO REGIONALE	14.666	(+1,5%) 14.886	(+1,5%) 15.109
TOTALE COMPLESSIVO PER IL TRIENNIO 2006-2008 €. (in milioni)			

(BUR2006032) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/220

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: coinvolgimento degli enti locali e delle comunità montane a garanzia delle specificità territoriali

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 773 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 773, concernente il coinvolgimento degli Enti locali e delle Comunità Montane a garanzia delle specificità territoriali, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerata la particolarità del territorio lombardo, con una presenza contestuale di realtà ad alta urbanizzazione e di vasti territori montani;

Tenuto conto dell'importante ruolo delle Comunità Montane nel campo dei servizi sociali ove svolgono, nella maggioranza dei casi, ruolo di Enti di Gestione e quindi di attuazione dei Piani di Zona, ma anche di rappresentanza in campo socio-sanitario di interessi più generali di numerosi comuni in una vasta area del territorio lombardo;

A fronte della riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi ambulatoriali e territoriali prevista dal P.S.S.R.;

Impegna la Giunta regionale e gli Assessori competenti:

– a tenere conto delle specificità territoriali della Regione Lombardia, ivi inclusa l'area montana presente;

– a coinvolgere gli Enti locali, le Comunità Montane, le realtà associative locali nella ridefinizione della rete dei sevizi socio-assistenziali, intervenendo anche con idonei strumenti finanziari atti a garantire in tutto il territorio lombardo pari possibilità di cura ed assistenza».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR2006033) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/221

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: interventi e misure per le attività di trapianto di organi e tessuti

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 775 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 775, concernente interventi e misure per le attività di trapianto di organi e tessuti, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Premesso che le attività di trapianto di organi e di tessuti ed il coordinamento delle stesse costituiscono obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale (legge n. 91/1999 – Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti – art. 1, comma 2, "Finalità");

Considerato che:

– determinate patologie sono curabili esclusivamente tramite il trapianto;

– le liste di attesa per un trapianto sono troppo consistenti;

– i tempi di intervallo tra l'attesa e il trapianto sono troppo lunghi e che troppi ammalati muoiono in attesa di un trapianto perché mancano organi in numero sufficiente a coprire il fabbisogno;

– senza donazione e prelievo non c'è trapianto;

Preso atto che:

– i dati nazionali pongono comunque l'Italia ad un posto di alto prestigio: primi in Europa per "qualità", secondi in Europa e terzi nel mondo per indice di donazione;

– la Lombardia, nell'attività di donazione e quindi di prelievo, nonostante l'eccellente rete ospedaliera sia pubblica che privata convenzionata, dall'anno 2000 è ferma a metà classifica nel contesto nazionale, con un dato a fine 2005 di 20,4 donatori per un milione di abitanti (preceduta dalle Regioni Liguria con 40,7 – Emilia Romagna con 36,4 – Piemonte con 34 – Veneto con 32 – Toscana con 31,7 – Friuli con 31,3 – Marche con 30,6 donatori per milione di abitanti), perdendo il primato degli anni antecedenti;

Atteso che la legge n. 91/1999, al Capo III "Organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi e di tessuti", sancisce i principi organizzativi e la nomina dei Coordinatori regionali e locali e che la Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 31 marzo 2002, ha indicato le linee guida per le funzioni del Coordinatore locale e le modalità di finanziamento delle attività;

Impegna la Giunta regionale e gli Assessori competenti a:

– potenziare le campagne informative per la cultura del dono;

– rifinanziare la formazione del personale addetto;

– sensibilizzare gli operatori della rete ospedaliera nel settore prelievo e trapianto d'organi, con particolare attenzione alle strutture ospedaliere periferiche;

– riferire alla III Commissione consiliare circa gli interventi e le misure adottate e l'andamento delle donazioni in Lombardia».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR2006034) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/222

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: utilizzo dell'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) per l'accesso ai servizi sociali e sanitari

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 776 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 776, concernente l'utilizzo dell'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) per l'accesso ai servizi sociali e sanitari, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Preso atto che: il d.lgs. 31 marzo 1998, n. 109 (modificato dal d.lgs. 3 maggio 2000, n. 130) ha istituito l'indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE);

Tenuto conto che l'applicazione dell'ISEE è per i comuni resa assolutamente obbligatoria in virtù di diverse norme ed in particolare dall'art. 25 della legge n. 328/2000 secondo cui "Ai fini dell'accesso ai servizi ... la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal d.lgs. 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal d.lgs. 3 maggio 2000, n. 130";

Considerato che a tutt'oggi risulta che molti comuni non abbiano previsto nei propri regolamenti l'utilizzo dell'ISEE per la valutazione della situazione economica degli utenti disabili che richiedono l'accesso a servizi socio-sanitari e socio-assistenziali e che spesso le richieste dei comuni risultano improprie e addirittura sbagliate rispetto alla composizione del nucleo familiare di riferimento, alla determinazione delle entrate reddituali, soprattutto per quanto riguarda persone con handicap grave, creando contenzioso continuo;

Visto che l'accesso alle prestazioni è per molte famiglie basilare per l'accompagnamento e la soluzione di gravi problemi, in modo particolare in presenza di persone con disabilità, e che l'interesse prevalente deve essere quello di usufruire dei servizi pagando il giusto;

Invita l'Assessore competente:

– perchè la Direzione generale Famiglia e Solidarietà Sociale produca indicazioni omogenee ai comuni su tutta la normativa di riferimento, coinvolgendo associazioni e organizzazioni interessate;

– perchè verifichi la presenza nei regolamenti di tutti i Comuni lombardi dell'utilizzo dell'ISEE, riferendone alla Commissione competente».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR2006035) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/223

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: servizi riabilitativi

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 779 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 779, concernente i servizi riabilitativi, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Preso atto che la riforma dei servizi riabilitativi e residenziali per disabili sta modificando radicalmente il sistema dei servizi offerti, richiedendo ai soggetti erogatori un impegno sempre maggiore in termini di investimento e di risorse;

Constatata l'inadeguatezza di quanto previsto per la riabilitazione dell'età evolutiva;

Tenuto conto che un numero sempre crescente di disabili sono anziani;

Invita gli Assessori competenti:

1) a definire percorsi di integrazione tra le attività delle Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile e quelle del sistema della riabilitazione dell'età evolutiva, al fine di armonizzare le risposte e migliorare la presa in carico complessiva del minore in situazione di disabilità e della sua famiglia;

2) ad estendere l'applicazione del modello DAMA ad altre reti ospedaliere pubbliche e private, in quanto modello già sperimentato come positivo nell'accoglienza del disabile grave in ospedale».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR2006036) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/224

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: interventi a favore dei disabili dell'udito e della parola

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 780 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 780, concernente interventi a favore dei disabili dell'udito e della parola, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Tenuto conto che sono diverse migliaia le persone con sordità che, in Lombardia, necessitano di un interprete in LIS (lingua dei segni) ma non possono avvalersene, in quanto l'interpretariato per la comunicazione dei disabili dell'udito e della parola non è un requisito essenziale ai fini dell'accreditamento della struttura socio-sanitaria;

Considerato che gli adulti con sordità e difficoltà di linguaggio, ancorché esercitanti la funzione genitoriale, non possono accedere all'informazione sulla salute;

Preso atto che per quanto riguarda i minori, la redazione completa di diagnosi precoci non riguarda solo l'apparato uditivo, ma deve avere caratteristiche multidisciplinari e conferma la centralità del neuropsichiatra infantile;

Impegna gli Assessori competenti:

– a garantire il diritto alla comunicazione per tutti gli utenti dei servizi socio-sanitari, comprese le persone in condizione medico-legale di riconosciuta sordità, per le quali sia previsto il diritto, a richiesta, dell'interpretariato in LIS;

– a prevedere l'uso del DTS (dispositivo telefonico per sordi) per contattare, a mezzo di operatore, le strutture socio sanitarie tramite il 118;

– a fornire alla competente Commissione consiliare i dati relativi agli interventi e ai risultati ottenuti».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR2006037) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/225

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: forme di assistenza *pre* e *post* parto

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 781 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 781, concernente forme di assistenza *pre* e *post* parto, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che la gravidanza, il parto e i primi mesi dopo di esso rappresentano per la donna un momento di rilievo psichico, emotivo, umano, oltreché fisico;

Impegna gli Assessori competenti:

– a garantire percorsi di preparazione ed accompagnamento al parto in tutte le strutture, con assistenza personalizzata durante la gravidanza, il parto e il puerperio;

– a prevedere, in forma sperimentale, come già avviene alla Mangiagalli/ICP di Milano, la continuità assistenziale domiciliare dopo le dimissioni dall'ospedale *post partum*, con la collaborazione delle ostetriche e dei MMG e i PLS».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR2006038) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/226

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: diagnosi precoce delle malattie reumatiche

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 782 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 782, concernente diagnosi precoce delle malattie reumatiche, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che ogni anno a molte persone in Lombardia vengono diagnosticate malattie reumatiche;

Acclarato dalla comunità scientifica che:

– la diagnosi precoce delle malattie reumatiche più gravi (spondiloartriti, connettiviti, artrite reumatoide) dovrebbe avvenire entro i primi tre mesi dal sorgere dei sintomi;

– una terapia adeguata iniziata tempestivamente (entro 3 mesi dalla comparsa dei sintomi) è essenziale per la prevenzione della cronicità e dell'invalidità;

– la prevenzione della invalidità potrà produrre un consistente risparmio nel futuro, sia di tipo ospedaliero/chirurgico che riabilitativo e farmaceutico (farmaci File F...), perché potrà ridurre la cronicità della malattia;

– la diagnosi e cura precoce possono portare enorme sollievo ai pazienti e alle loro famiglie garantendone dignità di vita e il mantenimento nelle relazioni sociali, lavorative e affettive;

Impegna gli Assessori competenti:

– a creare un collegamento preferenziale con strutture di II livello di riferimento, dotandole di strumenti operativi atti alla diagnosi ed al trattamento precoce;

– a riferire alla competente commissione consiliare i dati relativi agli interventi e ai risultati ottenuti».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR2006039) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/227

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: incidenti stradali

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 784 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 784, concernente incidenti stradali, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Preso atto che in Lombardia ogni anno 200.000 persone finiscono al pronto soccorso per incidenti stradali e un migliaio perde la vita;

Constatato che negli ultimi dieci anni un lombardo su cinque e una famiglia su tre è stata coinvolta in un episodio di media gravità;

Condividendo quanto contenuto nel World Report on Road Traffic Injury Prevention 2004 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità quando afferma che il problema degli incidenti stradali costituisce "un tema della massima priorità ed al contempo della minima visibilità e del minimo riconoscimento globale tra i problemi di salute pubblica";

Impegna la Giunta regionale ad istituire un tavolo regionale, coordinato all'interno delle attività del piano regionale della prevenzione, a cui affidare il compito di monitorare il problema e di formulare proposte».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060310) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/228

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: prevenzione incidenti stradali

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 787 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 787, concernente la prevenzione degli incidenti stradali, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che nella proposta di Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2007-2009 viene affrontato in termini specifici il tema della prevenzione degli incidenti stradali;

Vista la drammaticità di tale problema in generale e in particolare l'elevato numero di giovani coinvolti;

Considerata tuttavia la necessità di avviare una ricerca che consenta, in modo ufficiale, di far conoscere la dimensione del fenomeno;

Valutate le richieste congiunte di CGIL-CISL-UIL Lombardia e dell'Associazione Italiana Famigliari e Vittime della Strada inviate al Presidente della Giunta, all'Assessore regionale alla Sanità, al Presidente della III Commissione, nonché ai Capi Gruppo del Consiglio regionale;

Impegna la Giunta regionale ad istituire un tavolo regionale, coordinato all'interno delle attività del piano regionale della prevenzione, a cui affidare il compito di monitorare il problema e di formulare proposte».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060311) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/229

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: ospedalizzazione domiciliare

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 790 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 790, concernente ospedalizzazione domiciliare, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Valutata positivamente l'indicazione del PSSR 2007-2009 sulle caratteristiche che dovrebbe assumere l'intervento della ospedalizzazione domiciliare (O.D.) e sulla necessità di sviluppare maggiormente tale prestazione a beneficio in particolare di alcune categorie;

Impegna la Giunta regionale a dare pratica attuazione agli obiettivi sopra richiamati, eventualmente prevedendo una fase di sperimentazione parziale in alcune aree, da estendere poi, in caso di risultati positivi, a tutto il territorio regionale».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060312) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/230

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: iter curativo degli anziani e malati cronici dimessi dagli ospedali

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 791 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 791, concernente l'iter curativo degli anziani e malati cronici dimessi dagli ospedali, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Ricordato che in molte situazioni della regione si assiste con una frequenza preoccupante al fenomeno delle cosiddette "dimissioni tecniche": persone malate, spesso anziani cronici, che vengono dimessi dagli ospedali senza alcuna indicazione per il proseguimento delle cure sanitarie nella fase *post*-acuta;

Considerato che:

– per contrastare questa grave situazione è necessario estendere la pratica delle "dimissioni protette"

– per programmare l'*iter* curativo del paziente attraverso il coinvolgimento e il coordinamento dei vari soggetti responsabili: medico di famiglia, ASL, ospedale, comune di residenza, ecc.;

Impegna la Giunta regionale:

– a verificare le esperienze di dimissioni protette già in atto nella nostra regione e in altre regioni;

– a predisporre linee di indirizzo elaborate attraverso un confronto tra tutti i soggetti coinvolti, per definire le procedure e la casistica per la pratica delle dimissioni protette;

– a lavorare poi per la diffusione in tutto il territorio regionale della pratica delle dimissioni protette».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060313) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/231

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: servizi di salute mentale

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 793 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 793, concernente servizi di salute mentale, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Ricordato che nel PSSR 2007-2009 è indicato l'obiettivo di "utilizzare i proventi derivanti dalla eventuale cessione parziale o totale del patrimonio ex O.P. per il finanziamento di nuove attività destinate ad ampliare l'offerta di prestazioni e servizi di salute mentale nel territorio";

Impegna la Giunta regionale:

– a perseguire l'obiettivo di raggiungere nel finanziamento del capitolo salute mentale un livello non inferiore al 5% del Fondo Sanitario Regionale;

– a interpellare il Governo circa il futuro dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere;

– a fare in modo che l'apertura dei Centri di Salute Mentale (CSM) 24 ore al giorno risponda al bisogno di ridurre i trattamenti sanitari obbligatori (TSO) per le persone con grave sofferenza psichiatrica;

– mettere in atto nei Dipartimenti di Salute Mentale tutte le forme di prevenzione, cura, e riabilitazione, nonché la possibilità di reinserimento sociale e lavorativo;

– estendere le strutture residenziali non separate, ma inserite nel contesto sociale e con una dimensione non superiore a 8-10 persone per nucleo;

– contrastare l'uso inappropriato di psicofarmaci, sia nelle persone adulte o anziane, sia verso bambini e adolescenti;

– indirizzare risorse adeguate per il potenziamento dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060314) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/232

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: servizi di guardia medica notturna e festiva a Milano

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 796 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 796, concernente servizi di guardia medica notturna e festiva a Milano, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che il servizio di guardia medica notturna e festiva a Milano è talora problematico, anche in relazione della complessità del contesto urbano;

Tenuto conto che la realtà milanese è articolata e differenziata e necessita di conseguente attenzione per non lasciare i cittadini in una situazione di insicurezza che spesso si trasforma in ricorso improprio ai Pronto Soccorso;

Invita l'Assessore competente a sollecitare l'ASL rispetto ad un rafforzamento del Servizio di continuità assistenziale nella città di Milano».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060315) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/233

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: modalità di assistenza ai diabetici

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 798 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 798, concernente modalità di assistenza ai diabetici, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerata la numerosa presenza nel territorio lombardo di pazienti diabetici;

Tenuto conto che tali pazienti hanno la necessità di ricorrere all'erogazione di presidi, farmaci, dichiarazioni di invalidità, concessione e rinnovo della patente di guida, in attuazione delle normative regionali;

Impegna l'Assessore competente a promuovere l'uniformità in tutte le ASL delle modalità di erogazione».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060316) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/234

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: attività di cura e assistenza delle persone in stato vegetativo e di minima coscienza

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 799 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 799, concernente attività di cura e assistenza delle persone in stato vegetativo e di minima coscienza, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Preso atto che l'approccio assistenziale e riabilitativo alle persone in stato vegetativo e di minima coscienza dovuto a danni delle strutture cerebrali, rappresenta un problema di grande rilevanza medica e sociale;

Verificato che il Ministero della salute, nel 2005, ha istituito una Commissione Tecnico Scientifica sul problema degli stati vegetativi con il compito di disegnare il percorso di accoglienza che occorrerebbe realizzare affinché a questi pazienti sia assicurata un'assistenza equa su tutto il territorio nazionale ed adeguata ai reali bisogni, in ogni fase del percorso patologico;

Considerato che la suddetta Commissione ha riscontrato la necessità di creare strutture e percorsi non ospedalieri in grado di gestire la "cronicità", cioè quella fase caratterizzata da una immodificabilità o da una limitata modificabilità del quadro neurologico e della coscienza;

Impegna la Giunta regionale ad attivare strumenti di valutazione di tipo clinico ed epidemiologico delle attività di cura e di assistenza erogata a favore di pazienti in stato vegetativo persistente già in atto, che sono state riclassificate in occasione del riordino della rete riabilitativa effettuato nel corso del biennio 2005-2006. Sulla base di queste valutazioni saranno effettuati eventuali correttivi per quanto riguarda sia la distribuzione della rete di offerta dei servizi sia della modalità di finanziamento degli aspetti sanitari dei servizi stessi».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060317) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/235

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: pratica sportiva

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 801 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 801, concernente la pratica sportiva, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Premesso che con la diffusione sempre maggiore della pratica sportiva a tutte le età diventa importante la prevenzione di patologie che possono essere causate da un'attività fisica non idonea;

Considerato che è importante ridurre l'incidenza di eventi acuti gravi riferibili a patologie misconosciute latenti e di ridurre le patologie da sovraccarico riferibili a disfunzioni correggibili accentuate da gesti ripetitivi o ad impegno eccessivo, con particolare riferimento all'età dello sviluppo, infantile e adolescenziale, e all'età adulta, anche attraverso la completa attuazione alla normativa vigente tramite una sorveglianza sulla qualità dell'attività di certificazione dedicata allo sport agonistico e non agonistico;

Visto che nel testo del "Piano Socio Sanitario regionale 2007-2009" non sono soddisfatte tali esigenze;

Impegna la Giunta regionale a realizzare interventi di sorveglianza sull'uso del doping e campagne di informazione e prevenzione in materia di doping».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060318) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/236

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: formazione delle protezioni sociali, in particolare delle «fasce deboli»

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 811 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 811, concernente la formazione delle protezioni sociali, in particolare delle «fasce deboli», nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Premesso che:

– la condizione di insufficiente autonomia personale richiede una risposta con strumenti appropriati sia per garantire la tutela degli anziani e dei gravi disabili e sia per sostenere l'impegno di cura delle famiglie, quando le stesse non sono più in grado, a causa della mutata struttura familiare e della consistente partecipazione femminile al mercato del lavoro, a fornire un'adeguata assistenza che eviti anzitempo il ricovero dei propri congiunti presso le strutture residenziali, le quali riescono in ogni caso a soddisfare solo una parte della domanda;

– secondo una recente indagine dell'Ismu c'è un progressivo aumento del tipo di professione svolta dagli stranieri sia nell'ambito delle occupazioni presso le famiglie lombarde, sia in quello della rete delle unità d'offerta del welfare e che, dunque, la presenza di stranieri è una risorsa per aumentare la risposta alla domanda del cosiddetto lavoro di cura in ambito familiare a favore delle persone non autosufficienti;

Considerato che:

– in Lombardia svolgono la professione di cosiddetto badante un altissimo numero di cittadini stranieri, la maggior parte donne provenienti dai Paesi dell'Est e dall'America Latina, di cui circa 75.000 nella sola città di Milano;

– una percentuale significativa di stranieri non è in regola con il permesso di soggiorno e svolge pertanto la professione senza averne la dovuta preparazione specifica e il titolo formale ed in assenza di qualsiasi forma di regolamentazione e di controllo;

– l'esistenza di un mercato irregolare della cura a domicilio, parallelo a quello ufficiale e regolamentato, costituisce pertanto uno dei principali problemi da risolvere insieme al problema della formazione;

Visto che nel capitolo "La formazione, la ricerca e l'innovazione", al paragrafo "La Formazione degli operatori del welfare", del PDA n. 76 non sono soddisfatte tali esigenze;

Invita la Giunta regionale:

– attraverso lo strumento di programmazione e pianificazione del PSSR 2007-2009 a sviluppare l'integrazione fra politiche attive del lavoro e le politiche della formazione professionale finalizzate allo sviluppo del modello lombardo di welfare;

– a valutare la possibilità di nuovi moduli formativi (di qualificazione, riqualificazione ed aggiornamento) nell'ambito delle professioni sociali, favorendo, oltre che la corretta formazione degli stranieri, l'occupazione della popolazione femminile italiana, in coerenza con gli obiettivi fissati dall'Unione Europea, in particolare a favore delle cosiddette fasce deboli: donne in assenza o con titolo di studio inadeguato, donne over 50, donne disoccupate o inoccupate, donne ex detenute, ecc.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060319) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/237

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: rimborsi e indennizzi per protesi uditive

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 812 presentato in data 25 ottobre 2006 collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

a norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 812, concernente rimborsi e indennizzi per protesi uditive, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che la sordità colpisce circa una persona su 1.000 ed ha come conseguenza il rallentamento del processo del linguaggio parlato oltre a rendere difficoltose le relazioni sociali, la scuola e lo sviluppo culturale;

Stabilito che la l.r. 23/99 ha tra i suoi obiettivi il miglioramento della qualità della vita delle persone disabili attraverso l'utilizzo di strumenti tecnologicamente avanzati finalizzati al raggiungimento dell'autonomia e alla compensazione delle limitazioni funzionali tra cui quelle uditive e del linguaggio;

Premesso che l'impianto cocleare è un dispositivo elettronico artificiale ad alta tecnologia che permette il recupero di una buona funzione uditiva in pazienti, bambini o adulti nati o diventati sordi, ed è in grado di accelerare notevolemente i processi di comunicazione e, di conseguenza, di socializzazione ed apprendimento che l'ipoacusia ha rallentato e, rimuovendo le cause invalidanti, è quindi indispensabile per la promozione dell'autonomia e la realizzazione dell'integrazione sociale;

Verificato che la Regione Lombardia prevede la rimborsabilità per un singolo impianto cocleare, anche se è provato che affiancare un secondo impianto, il cui costo è di circa 20mila euro, permette di ottenere migliori risultati funzionali e di svolgere con maggior comfort le attività della vita quotidiana e che inoltre accessori e materiale di consumo relativi alle protesi uditive (ad esempio le pile) non vengono indennizzati;

Visto che nel Piano Socio Sanitario regionale 2007-2009 non viene data la necessaria attenzione alle problematiche relative alla sordità;

Impegna la Giunta regionale ad istituire un tavolo di confronto con le società scientifiche teso a valutare le caratteristiche di appropriatezza del secondo processore cocleare, nonché l'eventuale aggiornamento del nomenclatore tariffario per accessori e materiali di consumo delle protesi».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060320) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/238

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: monitoraggio dell'ingresso dei minori stranieri in Lombardia

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 814 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 814 concernente il monitoraggio dell'ingresso dei minori stranieri in Lombardia, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che l'ingresso di un numero sempre maggiore nella Regione Lombardia di minori stranieri in ricongiungimento al nucleo familiare e la rilevanza sociale che questo fenomeno comporta è una problematica che le amministrazioni pubbliche, ed in particolare la Regione, dimostrano di avere ben presente;

Considerato che:

– al fine di affrontare adeguatamente il carico di complessità e specificità tipico di un fenomeno in forte espansione come quello delle famiglie di provenienza multietnica, è necessario impostare un modello di intervento caratterizzato da una dimensione "multidimensionale";

– la rete di interventi rivolti al minore e al suo nucleo familiare dovrebbe concretizzarsi attraverso l'offerta di servizi a vari livelli che siano interattivi, dinamici e flessibili e tengano conto dei principali aspetti del fenomeno dell'immigrazione (cultura e religione dei paesi di provenienza, reti familiari presenti in Italia e nel paese d'origine, aspettative, opportunità di lavoro, soluzioni abitative, difficoltà linguistiche, ecc.);

Invita la Giunta regionale a sensibilizzare l'Osservatorio regionale sui minori circa la necessità di monitorare il fenomeno dell'ingresso dei minori stranieri in Regione Lombardia con particolare attenzione alle famiglie multietniche».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060321) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/239

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: sviluppo comunicativo dei bambini disabili

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 815 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 815 concernente lo sviluppo comunicativo dei bambini disabili, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Valutato che:

– la volontà di predisporre un Piano Regionale per la Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza è nettamente condivisibile specialmente per quel che concerne l'obiettivo di definire "...percorsi di cura e modelli operativi di intervento per le patologie ad alto impatto sociale ed alta complessità clinico organizzativa";

– sebbene il richiamo *all'impatto sociale* e alla *complessità clinica* permetta di identificare un'utenza con un *range* di patologie molto differenziate tra loro è tuttavia importante includere all'interno del PSSR uno preciso riferimento ai *gravi bisogni comunicativi* e all'utilizzo di interventi clinici di Comunicazione Aumentativa e Alternativa (C.A.A.) ed altri interventi come sostegno allo sviluppo comunicativo dei bambini disabili;

Considerato che le limitazioni della comunicazione orale, frequenti in persone con danno neurologico o altre forme di disabilità, ostacolano infatti gli scambi interpersonali dando luogo a processi di emarginazione sociale. In particolare nel bambino le gravi difficoltà di comunicazione favoriscono distorsioni nello sviluppo della personalità incidendo in modo determinante sulla piena espressione delle potenzialità individuali. Per rispondere a questa categoria di bisogni sono stati sviluppati a livello internazionale, da oltre trenta anni, strumenti e strategie di comunicazione che comportano specifici interventi clinici, riabilitativi ed educativi per integrare, aumentare o sostituire il linguaggio orale di bambini ed adulti con grave disabilità comunicativa. L'insieme di queste strategie e di questi strumenti costituisce il campo della C.A.A. e delle altre tecniche che sono un approccio sistemico da applicare in tutti i momenti e i luoghi della vita del bambino per migliorare la sua competenza comunicativa;

Invita la Giunta regionale a valorizzare quelle realtà che offrono un servizio specificamente dedicato allo sviluppo comunicativo dei bambini disabili attraverso la realizzazione di percorsi formativi per operatori e la predisposizione di interventi clinici di C.A.A. e degli altri centri che con tecniche differenti tendono a raggiungere il medesimo obiettivo.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060322) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/240

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: valorizzazione dei consultori

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 816 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 816 concernente la valorizzazione dei consultori, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerata l'esigenza di rendere più appropriata ed efficace l'attività psicologica, sia nei servizi ospedalieri che in quelli territoriali, con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale e rendere erogabili e fruibili i LEA ai cittadini utenti;

Invita la Giunta regionale a valorizzare il consultorio per le sue funzioni di supporto all'individuo e alla sua famiglia anche attraverso attività di psicodiagnostica, supporto psicologico e interventi psicoterapeutici individuali, di coppia, di famiglia e di gruppo.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060323) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/241

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: sostanze stupefacenti

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 817 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione a scrutinio segreto, che dà il seguente risultato:

Consiglieri presenti	n. 58
Consiglieri votanti	n. 58
Voti favorevoli	n. 31
Voti contrari	n. 25
Astenuti	n. 2

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 817 concernente le sostanze stupefacenti, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Premesso che:

- come riportato nel PSR, al par. 2.1.8, pag. 39 e 40:
  - "vi è un andamento in lieve, ma costante, crescita, nel corso degli ultimi anni dei dipendenti da droga ed alcool", con "un aumento drammatico, in termini percentuali, di soggetti che fanno uso di cocaina" e "l'abbassamento della età di approccio alle sostanze";
  - "in Italia mediamente passano 6 anni fra il primo uso della sostanza e l'età al momento del primo trattamento per abuso di oppiacei, cannabis e anfetamino-derivati, intervallo che aumenta a 7 anni nel caso di cocaina";
  - "il cambiamento e la rapida evoluzione del fenomeno è anche legato a nuove modalità di spaccio", in quanto "al consueto mercato si è affiancato un sistema di distribuzione delle sostanze molto più capillare e legato a circuiti amicali e quotidiani";
- quanto sopra viene confermato anche dalla relazione annuale sullo stato delle tossicodipendenze in Italia del 2004, secondo la quale di fronte ad "una certa flessione del ricorso dei più giovani agli oppiacei (eroina)", c'è un "incremento della porzione di consumatori che utilizzano cannabis, cocaina o più sostanze assieme e che in una percentuale consistente passano dall'assunzione episodica all'uso regolare" e si intravedono "serie conseguenze per la salute psicofisica dei cittadini, per la convivenza civile e la sicurezza";
- secondo il rapporto ONU 2004:
  - nel 2003 ben 185 milioni di persone nel mondo hanno abusato di droghe;
  - la sostanza più consumata è la cannabis (150 milioni di utilizzatori);
  - gli oppiacei (eroina, morfina, oppio) sono la droga più problematica, tanto che causano la morte in percentuali molto elevate dei trattamenti per droga (ben il 61% in Europa);
  - negli ultimi cinque anni l'uso di ecstasy è cresciuto del 70% e più di 40 milioni di persone l'hanno consumata negli ultimi 12 mesi;
- nel 2002 il Consiglio Regionale della Lombardia, approvando la mozione n. 187, ha ritenuto:
  - controproducente proporre soluzioni volte a legalizzare l'uso di sostanze stupefacenti;
  - necessario promuovere un sistema integrato di servizi socio-sanitari contro l'uso di tutte le sostanze che possano creare dipendenza patologica;
- nella seduta dell'8 settembre 2003, il Consiglio Superiore di Sanità, ha stabilito che:
  - l'uso della cannabis sia gravato da pesanti effetti collaterali come dipendenza, possibile progressione all'uso di altre droghe (cocaina e oppioidi), riduzione delle capacità cognitive, di memoria e psicomotorie; disturbi psichiatrici quali schizofrenia, depressione e ansietà; possibili malattie broncopolmonari tra cui bronchite cronica ed enfisema;
  - la cannabis non debba considerarsi una "droga leggera" e che il suo consumo non rappresenti quindi un'abitudine priva di conseguenze sulla salute;
  - si debbano informare gli adolescenti sugli effetti collaterali della cannabis e soprattutto sui rapporti diretti tra uso della cannabis e sviluppo di problemi per la salute mentale quali depressione, ansietà e schizofrenia;
- da una ricerca dell'Istituto Nazionale sull'abuso di droga americano diffusa nel 2002, il principio della cannabis – il Delta 9 tetraidrocannabinolo (thc) – ha gli stessi effetti neurologici della cocaina, produce cioè precise modificazioni cerebrali;

Considerato che:

– dato lo spaventoso giro d'affari (65 miliardi di dollari annui) e gli straordinari profitti (del 3mila per cento) il business della droga è in continua espansione;

– gli effetti devastanti di molti tipi di droga (prime fra tutte cannabis ed ecstasy) vengono sottovalutati soprattutto dai più giovani;

– le droghe sintetiche, grazie anche al loro basso costo relativo e alla apparenza innocua, riscuotono un grande successo ma provocano danni seri, durevoli ed irreparabili perché causano dipendenza e psicosi e danneggiano in modo devastante il cervello;

Rilevato che:

– il Ministro della Solidarietà Sociale, Paolo Ferrero, ha dichiarato di voler sperimentare i centri pubblici per la somministrazione dell'eroina;

– i presidi di "autosomministrazione sorvegliata" proposti dal Ministro vanificherebbero l'opera di prevenzione e di contrasto svolta dalle comunità, dalle famiglie, dalle istituzioni ed in particolare dalla Regione Lombardia;

– il Ministro della Salute Livia Turco ha annunciato di voler modificare la legge Fini – Giovanardi, ridefinendo i quantitativi massimi di cannabis che si possono detenere;

Ritenuto che:

– la cultura dello sballo, purtroppo apertamente sponsorizzata anche da alcuni personaggi dello spettacolo durante concerti o manifestazioni artistiche, sia da combattere perché porta all'annientamento psichico e fisico della persona;

– visti e considerati i risultati delle ricerche e degli studi effettuati e sopra riportati, che denunciano la pericolosità delle droghe, "pesanti e leggere", per la salute, le istituzioni abbiano il dovere di intervenire a tutela di tutti i cittadini, ed in modo particolare dei più giovani;

Esprime netta contrarietà alle proposte avanzate dai ministri del governo Prodi relative alla:

– revisione della legge Fini – Giovanardi;

– attivazione dei presidi di "autosomministrazione sorvegliata";

– ridefinizione al rialzo dei quantitativi di cannabis detenibili;

– e invita la Giunta regionale:

– a proseguire nella capillare campagna di informazione e di sensibilizzazione sulle conseguenze devastanti del consumo di tutte le sostanze stupefacenti;

– a farsi promotrice presso il Governo ed il Parlamento Europeo affinché vengano intensificate le iniziative di contrasto al traffico interno ed internazionale di stupefacenti ed incentivata e finanziata la collaborazione internazionale a livello giudiziario ed investigativo volta a contrastare il fenomeno criminale.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
Il consigliere segretario:
Luca Daniel Ferrazzi
Il consigliere segretario provvisorio:
Giuseppe Civati
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060324) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/242

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: interventi di chirurgia plastica ricostruttiva

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 818 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 818 concernente gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che la chirurgia plastica ricostruttiva è una specialità che vive di una sua autonomia, ma che è sicuramente di supporto alle altre specialità sia mediche che chirurgiche;

Valutato che nel trattamento delle lesioni congenite la maggioranza dei distretti corporei sono correggibili applicando le regole della riparazione dei tessuti e sfruttando lo sviluppo ed evoluzione dei biomateriali;

Considerato che nel trattamento dei tumori dei tessuti molli, che rappresentano una patologia in crescita, la chirurgia plastica permette di riparare sia il mantello cutaneo che la struttura scheletrica nelle sedi più esposte, quali l'estremo cefalico e gli arti, reintegrando sia la funzione che l'aspetto;

Visto che in Lombardia i reparti di chirurgia plastica pubblici, nonostante questo aumento di richiesta, negli ultimi anni sono diminuiti essendo stati chiusi o convertiti a diversi reparti (Policlinico di Milano, Monza non hanno più la plastica, Niguarda si occupa prevalentemente di ustioni e non più di plastica);

Considerato che a fronte di questa diminuzione di posti letto, sono nate alcune unità operative nell'ambito di strutture private convenzionate legate il più delle volte ad iniziative di singoli e non regolate da un piano atto a coprire in modo omogeneo le esigenze del pubblico. Alcune strutture si occupano di un solo distretto, altre di una singola patologia, difficilmente le equipe chirurgiche sono in grado di coprire le esigenze delle varie branche chirurgiche;

Considerato che la Regione Lombardia è uno dei luoghi dove si eseguono più interventi di chirurgia plastica su pazienti extraregione;

Invita la Giunta regionale a verificare che siano garantiti gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva con particolare attenzione ai pazienti con esiti di patologia oncologica e ai traumatizzati gravi e ai pazienti portatori di malformazioni congenite.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060325) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/243

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: interventi a favore delle persone con disabilità

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 819 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 819 concernente gli interventi a favore delle persone con disabilità, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Vista la PDA n. 76 "Piano Socio Sanitario regionale 2007-2009";

Considerato che la persona umana deve essere sempre al centro dell'agire politico, qualunque sia la sua condizione fisica;

Atteso che grazie agli ausili tecnologicamente avanzati, vi sono disabilità gravi che raggiungono una buona autonomia personale, mentre ve ne sono altre per le quali anche le tecnologie più avanzate non possono sopperire a tutte le necessità quotidiane e quindi richiedono anche un'assistenza personalizzata;

Considerato altresì che l'assistenza personale è un servizio necessario per consentire ai cittadini con gravi disabilità di vivere nella propria casa e ovunque si trovino, evitando il ricovero in strutture socio-assistenziali e la dipendenza totale dalla famiglia;

Rilevato:

– che molte persone con disabilità fisica grave non usufruiscono della rete dei servizi diurni, in quanto specifici per altri tipi di disabilità e non rispondenti ai loro bisogni e alle loro potenzialità. Nella maggior parte dei casi usufruiscono di alcune ore di assistenza domiciliare, servizio organizzato su tempi e bisogni degli anziani, e che risponde solo con attività quali spostamento dal letto alla carrozzina e igiene personale (una o due ore al giorno);

– che le differenze di applicazione e determinazione dei finanziamenti sono notevoli e variano a seconda dell'ASL di appartenenza;

Tutto ciò premesso impegna la Giunta regionale:

– ad adottare provvedimenti atti a combattere la discriminazione che molte persone con disabilità ancora subiscono;

– a predisporre linee guida per migliorare l'autonomia dei disabili.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060326) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/244

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: cura delle persone affette da diabete e altre malattie del metabolismo

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 820 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 820 concernente la cura della persone affette da diabete e altre malattie del metabolismo, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che gli obiettivi dell'assistenza alla persona affetta da diabete mellito sono:

– il miglioramento della qualità della vita;

– la riduzione delle complicazioni tipiche della malattia che spesso hanno effetti invalidanti e devastanti (retinopatia-cecità, nefropatia-dialisi, cardiovasculopatia-infarto-ictus-amputazioni di piedi e gambe);

Considerata altresì l'elevata prevalenza attuale (5% della popolazione) con previsione di un aumento drammatico (tra i1 7 ed il 10% entro il 2010) e quindi gli elevati costi odierni (costi sanitari diretti variabili tra il 7 ed il 10%);

Rilevato che strumento fondamentale per combattere il diabete mellito è l'ottenimento del "buon controllo metabolico" (la ricerca della quasi normalizzazione di tutti quei parametri che possono influenzare l'andamento della malattia: non solo glicemia, ma anche ipertensione arteriosa, dislipidemia, funzionalità cardiovascolare e renale, peso corporeo);

Rilevato altresì che l'assistenza diabetologica lombarda, pur essendo di buon livello rispetto agli standard nazionali ed internazionali, presenta evidenti criticità quali:

– frammentaria e non omogenea collaborazione tra ASL, Aziende Ospedaliere, Medici di Medicina Generale e conseguenti difficoltà nella costruzione di percorsi diagnostico-terapeutico (PDTA) che prevedano l'integrazione tra le competenze di primo (MMG) e di secondo livello (Specialisti Ospedalieri ed Ambulatoriali);

– il non sempre pieno coinvolgimento a livello territoriale delle Associazioni dei Diabetici nei progetti di prevenzione attiva;

Sottolineato che il Piano Socio Sanitario 2007-2009 affronta con attenzione il tema dell'assistenza diabetologica, promuovendo la necessità di:

– aumentare la sistematicità ed il coordinamento della gestione dei pazienti diabetici da parte dei MMG e delle strutture diabetologiche ospedaliere;

– l'interazione delle diverse professionalità per la prevenzione e la cura di nefropatia, retinopatia, cardiopatia e piede diabetico;

– valorizzare il contributo delle Associazioni dei pazienti (il Piano nazionale "Prevenzione Attiva", in particolare la sua parte riguardante il diabete – progetto IGEA –, caldeggia la partecipazione attiva del paziente alla gestione della malattia);

Ribadito che la Regione Lombardia ha promulgato la l.r. n. 8/1992 "Prevenzione e cura del diabete mellito";

Ritenuto essenziale il miglioramento dell'organizzazione della cura del diabete mellito, per migliorare l'efficacia/efficienza del sistema e di razionalizzare la spesa, con contenimento dei costi;

Invita la Giunta regionale:

– a definire una strategia di intervento che, razionalizzando l'organizzazione diabetologica attuale ed integrandola con risorse umane, strutturali e strumentali, laddove necessario, permetta operativamente la costituzione di una rete di patologia, capace di proporre protocolli di educazione terapeutica per la cura della malattia e promotrice sia di forte integrazione con il territorio (MMG ed Associazioni di Volontariato), sia di governo clinico sui percorsi diagnostico-terapeutici (intra-ospedalieri) che coinvolgano più figure specialistiche (cardiologo, neurologo, chirurgo), condivisi durante l'attività routinaria ambulatoriale (di prevenzione e cura delle complicanze), concertati durante il ricovero del diabetico per malattie concomitanti od eventi acuti;

– ad attivare programmi di "Gestione Integrata" dei pazienti affetti da malattie del metabolismo tra gli operatori della primary care, cardine dell'intero processo, ed il network di patologia;

– a rivalutare i meccanismi di remunerazione (pacchetti di prestazioni) dell'attività specialistica diabetologica che risponda a criteri di qualità;

– a prevedere, nell'ambito del network e sulla scorta dei dati raccolti dalla BDA un adeguato database di raccolta capace di generare gli indicatori congrui per il monitoraggio della qualità e dell'efficacia del processo di cura del diabetico;

– a coinvolgere, con ruolo attivo, le Associazioni dei pazienti nei programmi di:

- prevenzione, educazione sanitaria e sensibilizzazione sociale;
- rilevazione della qualità percepita dei processi sia di cura sia di attività dei servizi;

– a mantenere un gruppo regionale permanente di esperti della malattia diabetica che comprenda le competenze necessarie (mediche, politiche regionali, associative etc.) con il mandato di verificare le criticità ed inadempienze del sistema e proporne i correttivi.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060327) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/245

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: allergopatie infantili e asma infantile

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 821 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 821 concernente le allergopatie infantili e l'asma infantile, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che l'ispirazione del Piano socio sanitario regionale 2007-2009 privilegia la tutela della salute della persona e della sua fragilità, ponendo la famiglia al centro del sistema sanitario e socio-assistenziale;

Considerata altresì l'inclusione tra le nuove sfide della creazione di strumenti di aiuto alle fasce fragili;

Considerato che l'attenzione ai problemi sanitari dei minori tra 0 e 17 anni è sancita come priorità nel contesto demografico e nel quadro epidemiologico lombardo;

Rilevata l'attenzione, nell'ambito della prevenzione, al problema inquinanti con particolare riguardo ai problemi dell'inquinamento atmosferico;

Rilevato altresì che l'asma e le malattie allergiche dell'infanzia rappresentano una emergenza epidemiologica nel Paese, con un incremento della prevalenza cumulativa dell'asma dal 9.1% al 9.5% tra il 1995 ed il 2002 in età scolare (6-7 anni) e dal 9.1% al 10.4% in età preadolescenziale (13-14 anni);

Rilevato che tale emergenza epidemiologica riveste dimensioni continentali, tanto che tutte queste malattie sono obiettivi dei programmi di cooperazione internazionale nell'ambito del VI e del VII Programma-quadro della Comunità Europea;

Osservato che a tale emergenza esiste una serie di risposte concrete già attivate sul territorio, ad esempio con iniziative di informazione al personale scolastico sulla corretta gestione del bambino allergico nel corso di emergenze anafilattiche;

Considerato che il fenomeno dei ricoveri inappropriati in pediatria va ridotto con sanzione della inappropriatezza e con la specializzazione delle strutture esistenti, e non con una riduzione della remunerazione;

Invita la Giunta regionale:

– a rinforzare gli obiettivi di prevenzione nei confronti dei problemi respiratori, soprattutto nel bambino, includendo e monitorando nella ricerca biomedica e tecnologica anche le allergopatie infantili e l'asma infantile;

– a sviluppare, entro settori strategici, anche la tematica dell'asma e delle allergopatie infantili e a tale scopo incentivare e monitorare l'educazione sanitaria, specie in campo scolastico, valorizzando le esperienze già esistenti.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060328) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/246

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: tutela dei rischi professionali per limitare i fenomeni di «medicina difensiva»

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 822 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 822 concernente la tutela dei rischi professionali per limitare i fenomeni di «medicina difensiva», nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che la crescita dei sistemi sociali, l'evoluzione delle conoscenze scientifiche, l'introduzione delle moderne tecnologie e lo sviluppo impetuoso della società multimediale hanno accresciuto in maniera rilevante e con rapidità sia il "bisogno collettivo di salute" della popolazione che la coscienza individuale rispetto alle proprie "attese di salute" ed alla ricerca delle risposte più adeguate;

Rilevato che ciò potrebbe determinare una crescita inarrestabile della domanda, sul piano qualitativo e quantitativo, rendendo critico l'impiego delle risorse destinate, che sono limitate;

Considerato che è ormai universalmente riconosciuto che la domanda non è direttamente correlabile al bisogno, anche per l'esistenza di bisogni sanitari non espressi, e di richieste di prestazioni non appropriate per inadeguate conoscenze;

Considerato che nell'ambito sanitario, il risk management o "sistema di gestione del rischio" si configura come un sistema globale, integrato e dinamico il cui campo di applicazione specifico è l'attività intrinsecamente rischiosa delle strutture sanitarie;

Valutato che la gestione del rischio deve pertanto evolvere a strumento che si proponga di ridurre al minimo l'eventualità di arrecare danno al paziente mediante protocolli di accesso alle strutture, di sicurezza strutturale/logistica/operativa e diagnostico-terapeutici, che adotti quale concetto di base l'assunto che il paziente deve essere al centro dell'attenzione di tutto il sistema;

Considerato che sono in aumento esponenziale le cause civili e penali intentate contro il personale sanitario e pertanto, soprattutto nelle strutture d'urgenza, per autotutelarsi è spesso costretto a prescrivere esami che possono risultare inappropriati;

Invita la Giunta regionale a promuovere forme di tutela per i rischi professionali tendenti a limitare i fenomeni di "medicina difensiva.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060329) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/247

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: interventi per contrastare le patologie respiratorie

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 823 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 823 concernente gli interventi per contrastare le patologie respiratorie, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che le malattie polmonari sono in crescita in tutto il mondo e l'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che nel 2020 ci saranno 4 malattie polmonari tra le prime dieci cause di morte: bronchite cronica ostruttiva (BPCO), polmoniti, tumori polmonari e tubercolosi. La mortalità e i tassi di ospedalizzazione sono raddoppiati negli ultimi 15 anni, per diversi fattori tra i quali l'aumento dell'età media, inquinamento ambientale, immigrazione, aumento dell'abitudine tabagica tra le donne;

Rilevato che la Lombardia per le sue caratteristiche socio-ambientali e geografiche è una delle aree a maggior incidenza di malattie polmonari, così come documentato dai dati epidemiologici relativi ai ricoveri ordinari nella nostra regione che rilevano come l'insufficienza respiratoria, condizione finale di tutte le gravi malattie polmonari, sia qui responsabile di oltre 17.000 ricoveri e 1876 decessi nel solo anno 2004 e sia in costante crescita, a cui vanno aggiunti 12.893 ricoveri ordinari per BPCO e tutti i restanti ricoveri per le altre patologie respiratorie;

Invita la Giunta regionale:

– a promuovere iniziative divulgative e di sensibilizzazione presso la popolazione e soprattutto presso le scuole superiori e a valorizzare progetti e iniziative di prevenzione;

– a implementare i progetti ospedali senza fumo e valorizzare l'attività degli ambulatori anti-fumo di secondo livello per la patologia respiratoria;

– a promuovere programmi di assistenza e di riabilitazione, alternativi al ricovero.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060330) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/248

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: servizio di assistenza continua a favore dei soggetti che vivono nelle RSA

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 824 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 824 concernente il servizio di assistenza continua a favore dei soggetti che vivono nella RSA, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che le RSA, soprattutto nei grandi centri urbani, sono aumentate numericamente negli ultimi anni e tendono ad aumentare, tanto da costituire la residenza di molti anziani;

Considerato che i soggetti che vivono nelle RSA sono spesso affetti da pluripatologie, quindi predisposti a sviluppare uno o più quadri clinici che richiedono un'ospedalizzazione;

Considerato che le RSA non dispongono solitamente di mezzi diagnostici e terapeutici adeguati a risolvere dei quadri clinici d'acuzie e ciò comporta conseguentemente un numero altamente significativo di accessi in pronto soccorso e conseguenti ricoveri di soggetti provenienti da tali strutture;

Considerato che, al fine di ridurre il più possibile e solo ai casi di stretta necessità il ricorso al ricovero dei soggetti che vivono nelle RSA;

Invita la Giunta regionale a definire, attuare e monitorare il grado di fragilità dei soggetti che vivono nelle RSA, spesso affetti da pluripatologie, al fine di fornire un servizio di assistenza continua che comporti una netta riduzione dei ricoveri ospedalieri.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060331) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/249

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: fornitura di strumenti a tecnologia avanzata a soggetti affetti da sordità

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 825 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 825 concernente la fornitura di strumenti a tecnologia avanzata a soggetti affetti da sordità, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che "è compito della Regione elaborare una strategia di comunicazione integrata, attraverso un Piano annuale di comunicazione sociosanitaria" del Piano Socio Sanitario regionale (triennio 2007-2009);

Considerato che "dovranno essere potenziati i sistemi telefonici intelligenti ed adeguati i portali WEB per garantire l'accessibilità ai disabili" del Piano Socio Sanitario regionale (triennio 2007-2009);

Considerata la condizione di particolare disagio che vivono le persone sorde, in una società basata sulla comunicazione;

Considerato che la tecnologia ha migliorato considerevolmente le possibilità comunicative dei soggetti affetti da sordità, attraverso la realizzazione di sistemi DTS;

Considerato che per i soggetti affetti da sordità l'impianto cocleare può essere impiantato solo ai minori in giovane età, e che la tecnologia degli impianti cocleari è stata affiancata dalle protesi acustiche e dallo sviluppo delle protesi digitali, adatte a tutti i soggetti;

Rilevato che attualmente la Regione Lombardia rimborsa gli impianti cocleari e la relativa operazione, mentre elargisce un contributo per l'acquisto delle protesi acustiche inadeguato e non aggiornato ai prezzi, e che non è previsto alcun contributo per le protesi digitali, costose ma meno invasive e adatte a tutti i soggetti;

Invita la Giunta regionale:

– a definire le strumentazioni tecnologiche più avanzate che consentano una buona qualità di vita ai soggetti affetti da sordità, anche valutando la possibilità, in attesa dell'aggiornamento del nomenclatore tariffario nazionale e dell'inserimento nei LEA, di fornire loro i suddetti strumenti attraverso le ASL competenti, previa valutazione dell'appropriatezza dell'ausilio proposto rispetto alla patologia;

– a prevedere procedure che rendano omogenei nel territorio gli interventi tesi a superare il problema del sordomutismo.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060332) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/250

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: promozione del LIS (linguaggio dei segni)

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 826 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 826 concernente la promozione del LIS (linguaggio dei segni), nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che "è compito della Regione elaborare una strategia di comunicazione integrata, attraverso un Piano annuale di Comunicazione sociosanitaria" del Piano socio sanitario regionale (triennio 2007-2009);

Considerato che "devono essere realizzate campagne di comunicazione e informazione socio-sanitarie efficaci e mirate ai diversi target individuati a livello regionale locale (famiglia, scuola, università, etc.), sia pianificando azioni sulla base delle politiche regionali sia intervenendo autorevolmente e rapidamente con azioni mirate";

Rilevato che le persone affette da sordità hanno difficoltà a trovare interlocutori preparati nel LIS (linguaggio dei segni);

Invita la Giunta regionale a promuovere campagne di sensibilizzazione nella cittadinanza ed in particolare nelle figure del comparto socio-sanitario e dell'istruzione per favorirne l'apprendimento del LIS.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060333) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/251

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: Ospedale da campo

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 828 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 828 concernente l'Ospedale da Campo, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Preso atto che per iniziativa dell'ANA è stato istituito nel 1984 il gruppo d'intervento medico chirurgico della Protezione Civile dell'ANA, il cui Ospedale da Campo fu impiegato per la prima volta a seguito del terremoto in Armenia nel 1989 su disposizione del Dipartimento Nazionale della Protezione civile;

Considerato che l'Ospedale da Campo è poi intervenuto durante gli eventi calamitosi o postbellici verificatisi in Piemonte, Umbria, Albania, Cecenia, Sri Lanka e durante eventi particolari quali il Giubileo e in occasione di eventi minori;

Visto che l'Ospedale da Campo è inserito nel sistema dell'emergenza urgenza della Regione Lombardia e può intervenire, al bisogno, su disposizione della Regione;

Visto che l'Ospedale da Campo, decorato di due Medaglie d'argento al Valor Civile, e gestito da personale logistico e sanitario volontario, è la struttura campale ospedaliera più moderna d'Italia e probabilmente d'Europa, continuamente aggiornata e adattabile alle specifiche emergenze;

Esprime grande apprezzamento per quanto l'ANA e l'Ospedale da Campo, che ha il logo della Regione sugli automezzi e sulle divise, hanno fatto in questi anni a tutela della vita di tanti cittadini in ogni parte del mondo

E invita la Giunta regionale a supportare l'Ospedale da Campo, che deve essere sempre adattato alle nuove esigenze.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060334) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/252

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: distribuzione dei farmaci biologici

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 829 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 829 concernente la distribuzione dei farmaci biologici, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Preso atto che:

– in Lombardia la distribuzione dei farmaci biologi viene effettuata prevalentemente dai centri di riferimento;

– soprattutto per persone con patologie motorie o che abitano in zone disagiate questo rappresenta un obiettivo ostacolo o quantomeno una grossa difficoltà;

Invita la Giunta regionale a verificare la possibilità, anche attraverso accordi territoriali con farmacie o presidi ospedalieri, di garantire una maggiore distribuzione territoriale delle sedi per la distribuzione dei farmaci biologici.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060335) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/253

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: assistenza psichiatrica

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 830 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 830 concernente l'assistenza psichiatrica, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Premesso che:

– la Lombardia si caratterizza storicamente come una delle regioni in cui l'assistenza psichiatrica è sempre stata all'avanguardia e che il Piano per la Tutela della Salute Mentale è in fase di completa attuazione;

– sono in continuo aumento i casi di depressione, di disturbi dell'alimentazione, di disturbi di personalità e di doppie diagnosi, spesso con conseguenze gravi anche dal punto di vista sociale;

– la psichiatria non ha bisogno di particolari e costosi investimenti per apparecchiature diagnostiche o per terapie farmacologiche, ma trova la sua specificità nella relazione tra paziente e operatori, che devono quindi essere adeguatamente formati, supervisionati, essere messi nella condizione di reggere la cronicità dei rapporti e di garantire qualità e continuità relazionale;

– deve essere assicurata, come per altro previsto anche dal Piano per la Tutela della Salute Mentale, continuità assistenziale e terapeutica per quelle situazioni che, non abbisognando di interventi terapautico riabilitativi di medio alta intensità, non sono però nelle condizioni di vivere autonomamente, ma necessitano di strutture comunitarie o residenziali assistite a bassa intensità di assistenza;

Invita la Giunta regionale:

– a garantire la libertà di scelta dei pazienti psichiatrici, pur coniugata con la necessità di mantenere l'unitarietà e la presa in carico del paziente, soprattutto per quel che riguarda la scelta delle comunità riabilitative accreditate e contrattualizzate;

– a valutare la possibilità di aggiornare le tariffe;

– ad impegnarsi affinché il personale che opera nei diversi servizi sia adeguato secondo gli standard e venga garantita la formazione continua;

– a promuovere quelle iniziative sperimentali che possano dare risposte ai nuovi bisogni delle nuove patologie o delle nuove forme con cui si manifestano le patologie abituali.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060336) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/254

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: progetti di assistenza pre e post parto

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 831 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 831 concernente i progetti di assistenza pre e post parto, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che:

– le giovani coppie, per ragioni le più diverse, frequentemente non godono del supporto delle famiglie d'origine;

– non hanno esperienza alcuna nel gestire ed allevare un neonato;

– per la donna il periodo pre e post parto rappresenta un momento importante e delicato della vita;

– non esistono organismi sociali specificamente dedicati al sostegno della famiglia in questo particolare momento;

Invita la Giunta regionale a promuovere progetti che coinvolgendo la figura delle ostetriche, in collaborazione con le varie realtà del territorio, supporti la famiglia, le madri, i nascituri e i neonati.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060337) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/255

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: donazione, prelievo e trapianto degli organi

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 832 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 832 concernente la donazione, il prelievo e il trapianto degli organi, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che:

– il Piano socio sanitario regionale 2007-2009 annovera tra i settori strategici dei prossimi anni la trapiantologia;

– sui trapianti si riversano le speranze di molte persone come unica possibilità di vita;

– le tecniche riferite a questo settore della chirurgia hanno raggiunto livelli di eccellenza che meritano di essere mantenuti;

la Lombardia ha visto nascere sul suo territorio la cultura della donazione degli organi e che, dalla Lombardia, questa si è diffusa in tutta Italia;

Invita la Giunta regionale a promuovere ulteriormente, in stretta collaborazione con le associazioni di settore, la pratica della donazione migliorando l'attività di incentivazione, di coordinamento e di controllo della rete ospedaliera nei confronti del prelievo e del trapianto di organi.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri

(BUR20060338) (3.2.0)

D.c.r. 26 ottobre 2006 - n. VIII/256

Ordine del giorno concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009: Ordinanza Ministero della Salute dell'11 gennaio 2003 sulla conservazione del cordone ombelicale

Presidenza del Vice Presidente Lucchini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'Ordine del giorno n. 833 presentato in data 25 ottobre 2006, collegato alla PDA n. 76 concernente il Piano Socio Sanitario 2007-2009;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 833 concernente l'Ordinanza Ministero della Salute dell'11 gennaio 2003 sulla conservazione del cordone ombelicale, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che:

– la ricerca sulle cellule staminali indica nuove vie terapeutiche oltre ai trapianti emopoietici, nel campo della terapia genica, dei vaccini antitumorali, e di altri importanti campi;

– il sangue del cordone ombelicale del neonato è ricco di cellule staminali totipotenti;

– presso l'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova, grazie alla sensibilità di un gruppo di cittadini, si è costituita B.A.M.C.O. Onlus (Banca Autologa Mantovana del Cordone Ombelicale), unica banca autologa in Regione, che permette a chi lo desidera di conservare il proprio cordone ombelicale;

– la raccolta e la conservazione avvengono, su autorizzazione regionale, totalmente a carico della B.A.M.C.O. Onlus;

– un'Ordinanza del Ministero della Salute dell'11 gennaio 2003, sancisce l'impossibilità che tale attività comporti oneri finanziari per il donatore;

Invita la Giunta regionale ad attivarsi nei confronti del Ministero della Salute per ritirare la suddetta Ordinanza, lasciando alle Regioni la potestà di valutare l'opportunità di indicare una tariffa a carico del cittadino che volesse conservare il proprio cordone ombelicale presso una banca regolarmente autorizzata e convenzionata.».

Il vice presidente: Enzo Lucchini
I consiglieri segretari:
Luca Daniel Ferrazzi – Battista Bonfanti
Il segretario dell'assemblea consiliare:
Maria Emilia Paltrinieri