

al coinvolgimento, alle agevolazioni del ruolo ed alla valorizzazione degli organismi del terzo settore nelle fasi di programmazione, di concertazione e di cooperazione;

4. a coinvolgere, nei differenti passaggi istituzionali della programmazione dei servizi, il consiglio regionale e le commissioni competenti».

Il vice presidente: Pier Gianni Prosperini
Il consigliere segretario: Luciano Valaguzza
Il segretario del consiglio: Maria Emilia Paltrinieri

[BUR20020337]

[3.2.0]

D.C.R. 12 MARZO 2002 - N. VII/460

Ordine del giorno relativo al PSSR: regolazione dei consumi sanitari

Presidenza del Vice Presidente Prosperini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'ordine del giorno n. 437 presentato in data 31 gennaio 2002, collegato alla PDA/165 concernente il Piano Socio-Sanitario Regionale 2002/2004;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

Delibera

– di approvare l'ordine del giorno n. 437 concernente la regolazione dei consumi sanitari, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Considerato che in tutti i paesi industrializzati l'incremento del livello di benessere, la disponibilità di nuove opportunità di cura e l'aumento dell'offerta sanitaria tendono ad accrescere il ricorso ai servizi sanitari, a volte indipendentemente da comprovate esigenze di salute, rischiando soprattutto in alcuni settori un uso improprio delle strutture e dei consumi;

Considerato che, pur nella diversità dei modelli organizzativi adottati, la gran parte dei paesi ha adottato e sta incrementando sistemi di regolazione degli accessi alle prestazioni sanitarie basati o su una crescente compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini o su un'azione regolatrice di particolari attori e operatori del sistema sanitario;

Ritenuto che nel caso del Servizio Sanitario Regionale della Lombardia, a garanzia della qualità dei servizi, a tutela della salute dei cittadini e a limitazione dei livelli di spesa altrimenti difficilmente controllabili, sia auspicabile prevedere un ruolo più attivo dei Medici di Medicina Generale anche in questo settore;

Impegna la Giunta regionale

– a predisporre equilibrati meccanismi di regolazione dei consumi sanitari (ed in particolare di quelli farmaceutici) coinvolgendo i MMG ed incentivandoli, anche con intese integrative a livello retributivo, ad assumere un ruolo attivo nel frenare il consumo improprio di prestazioni sanitarie a livello di degenza, diagnostica e farmaceutica, con modalità che comunque salvaguardino le effettive esigenze sanitarie».

Il vice presidente: Pier Gianni Prosperini
Il consigliere segretario: Luciano Valaguzza
Il segretario del consiglio: Maria Emilia Paltrinieri

[BUR20020338]

[3.2.0]

D.C.R. 12 MARZO 2002 - N. VII/461

Ordine del giorno relativo al PSSR: Casa di riposo «F.lli Molina»

Presidenza del Vice Presidente Prosperini

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto l'ordine del giorno n. 440 presentato in data 31 gennaio 2002, collegato alla PDA/165 concernente il Piano Socio-Sanitario Regionale 2002/2004;

A norma dell'art. 74 del Regolamento interno, con votazione palese, per alzata di mano;

Delibera

– di approvare l'ordine del giorno n. 440 concernente la Casa di riposo «F.lli Molina», nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

Premesso che la Casa di riposo F.lli Molina ha svolto e svolge una funzione fondamentale per centinaia di famiglie del varesotto; considerato che numerose iniziative hanno negli anni potenziato settori ormai divenuti vere e proprie emergenze (Alzheimer, malati terminali, comi);

Visto che i costi determinati da importanti investimenti hanno creato all'Istituto problemi di bilancio inducendo il Consiglio di amministrazione ad aumentare le tariffe delle rette;

Visto che questi aumenti colpiscono persone, famiglie e fasce sociali più deboli;

Invita la Giunta regionale

– a verificare lo stato dell'arte della suddetta struttura al fine di individuare le possibili soluzioni».

Il vice presidente: Pier Gianni Prosperini
Il consigliere segretario: Luciano Valaguzza
Il segretario del consiglio: Maria Emilia Paltrinieri

[BUR20020339]

[3.2.0]

D.C.R. 13 MARZO 2002 - N. VII/462

Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004

Presidenza del Presidente Fontana

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

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

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», e successive modifiche ed integrazioni che all'art. 1 definisce il Piano Socio-Sanitario Regionale quale strumento di programmazione unico ed integrato;

Vista la proposta di Piano Sanitario Nazionale 2001-2003, nella versione approvata dal Consiglio dei Ministri del 17 febbraio 2001;

Vista la d.g.r. n. 6/48960 dell'1 marzo 2000, «Preso d'atto della comunicazione del Presidente e degli Assessori competenti in ordine al documento direttore per la redazione del Piano Socio-Sanitario Regionale per il triennio 2000-2002 con cui sono state individuate le linee di riferimento per la redazione del documento di programmazione socio sanitaria, i principi ispiratori, e la metodologia per la predisposizione»;

Vista la d.c.r. n. VII/39 del 10 ottobre 2000 con cui è stato approvato il Programma Regionale di Sviluppo della VII legislatura, con particolare riferimento all'Area dei servizi alla persona: Persona, Famiglia e associazioni, Sanità;

Vista la d.g.r. n. 7/2806 del 22 dicembre 2000 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2001»;

Vista la legge 23 dicembre 2000, n. 388, «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2001)» con particolare riferimento all'art. 83 ove si 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 di eventuali disavanzi di gestione, attivando nella misura necessaria l'autonomia impositiva con le misure e le modalità indicate nel medesimo articolo;

Visto l'accordo siglato in data 8 agosto 2001 in Conferenza Stato-Regioni, che, fra l'altro, conferma la piena responsabilità regionale su eventuali disavanzi di gestione in materia sanitaria, individua gli stanziamenti a livello nazionale per la spesa sanitaria per il periodo 2001-2004, prevede di destinare, in un arco temporale ragionevole, il 6% del PIL nazionale alla spesa sanitaria, impegna il Governo a definire i livelli essenziali di assistenza entro il 30 novembre 2001, impegna le Regioni ad adottare strumenti operativi di monitoraggio ed intervento sulla spesa sanitaria e valutazione dei livelli di servizi erogati;

Vista l'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni con atto n. 1275 del 26 luglio 2001 del programma di sperimentazione gestionale «Completamento dell'attuazione del sistema sanitario previsto dalla l.r. 31/97 della Regione Lombardia come modello sperimentale di organizzazione delle strutture sanitarie e di gestione delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche e monitoraggio dei risultati»;

Richiamata la d.g.r. n. 7/5820 del 2 agosto 2001 «Documento di Programmazione Economica e Finanziaria Regionale (DPEFR) 2002-2004: approvazione della proposta da inviare al Consiglio regionale» che nell'allegato F riporta in sintesi i contenuti del Piano Socio-Sanitario e l'indice dello stesso;

Ritenuto di procedere all'approvazione del Piano Socio-Sa-

nitario Regionale con un percorso, per il primo anno di approvazione, autonomo rispetto al DPFR, pur sottolineando lo stretto raccordo ed interrelazione dei documenti di programmazione;

Ritenuto di confermare la necessità che il documento di programmazione socio-sanitario, oltre alle caratteristiche di integrità ed unicità indicate dal richiamato art. 1 della l.r. 31/97, sia qualificato quale documento dinamico di programmazione con riferimento all'individuazione degli obiettivi, delle azioni chiave da porre in essere, degli indicatori di misurazione dei risultati raggiunti e che pertanto sia annualmente verificato ed aggiornato attraverso il Documento di Programmazione Economica e Finanziaria Regionale;

Visto il «Patto per lo sviluppo dell'economia, del lavoro, della qualità e della coesione sociale in Lombardia», sottoscritto il 19 settembre 2001 in occasione degli stati generali dai soggetti istituzionali e rappresentanti delle parti sociali, in particolare il punto 2.3 «Sviluppo sociale, valorizzazione della persona e della famiglia e innovazione del sistema di welfare»;

Vista la proposta di Piano Socio-Sanitario Regionale, approvata dalla Giunta regionale il 5 ottobre 2001 con deliberazione n. 7/6347, redatta a seguito di una metodologia di lavoro concordata e condivisa attraverso gruppi di lavoro interdisciplinari e con il coinvolgimento di interlocutori esterni appartenenti al settore socio-sanitario;

Atteso che, nel Piano allegato, sono indicate le risorse complessive da destinare al funzionamento del Servizio Socio Sanitario Regionale per gli anni 2001-2004, calcolate sulla base dell'incidenza percentuale della Regione Lombardia nel riparto del finanziamento nazionale e sulla scorta degli importi stanziati dal livello centrale con il citato accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001;

Ritenuto di stabilire che l'1% delle risorse stanziato annualmente siano destinate agli obiettivi del Piano Socio-Sanitario Regionale relativi alle innovazioni organizzative e gestionali ed agli obiettivi di salute e benessere;

Sentita la relazione della III Commissione consiliare «Sanità e assistenza»;

Con votazione per appello nominale, che dà il seguente risultato:

- consiglieri presenti: n. 69,
- consiglieri votanti: n. 69,
- voti a favore n. 45,
- voti contrari n. 21,
- astenuti n. 3;

Delibera

1. di approvare il Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004, allegato 1 al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

2. di stabilire che l'1% delle risorse stanziato annualmente siano destinate agli obiettivi del Piano Socio-Sanitario Regionale relativi alle innovazioni organizzative e gestionali ed agli obiettivi di salute e benessere.

Il presidente: Attilio Fontana

Il consigliere segretario: Luciano Valaguzza

Il segretario del consiglio: Maria Emilia Paltrinieri

IL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE

2002–2004

“Libertà e innovazione al servizio della salute”

PREMESSA

Il Piano socio-sanitario regionale intende richiamare i principi in materia sanciti dalla Costituzione che all'articolo 32 afferma: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e come interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti..." e all'articolo 3 richiama: "E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

La recente modifica al Titolo V della Costituzione valorizza inoltre le autonomie locali (articolo 114 Cost.) e all'articolo 117, lett. m) Cost. indica la necessaria uniformità dei livelli essenziali di assistenza lasciando alla legislazione concorrente fra Stato e Regione la tutela della salute, e agli Enti locali la competenza-responsabilità del settore socio-assistenziale.

Il Piano socio-sanitario quale strumento di programmazione "unico ed integrato" costituisce naturale completamento del Documento di Programmazione Economico Finanziaria Regionale.

Il PSSR contiene le linee di sviluppo del sistema socio sanitario per i prossimi tre anni.

Per gli anni a venire, il Piano sarà aggiornato contestualmente al DPEFR.

Cosa significa sviluppare linee di indirizzo? Si possono individuare i seguenti elementi essenziali:

- orientare lo sviluppo del sistema superando il riferimento alle gestioni burocratiche e formalistiche a favore di un orientamento della gestione che vede nel cittadino il punto di riferimento di tutta l'azione organizzativa rendendo sempre più flessibile e disponibile la pubblica amministrazione;
- individuare obiettivi prioritari sui quali impegnare e coinvolgere tutti gli attori del servizio sociosanitario e sociale regionale, attraverso un'opera costante di condivisione delle finalità da perseguire, delle risorse da destinare e dei criteri di valutazione dei risultati raggiunti e della qualità delle prestazioni erogate;
- responsabilizzare fortemente tutti gli attori alla realizzazione di obiettivi che il Consiglio regionale individua, promuovendo così una coesione sulle finalità;
- favorire lo sviluppo e l'articolazione dei livelli di governo del sistema, dando piena attuazione alla sussidiarietà verticale ed orizzontale;
- orientare la crescita dei servizi coniugando integrazione e competizione in una logica di "rete" tenendo conto della complessità del sistema;
- dare indicazioni e suggerire modelli operativo gestionali che permettano di garantire un quadro di compatibilità tra "i bisogni" e "le risorse", all'insegna di uno "sviluppo sostenibile";
- promuovere progetti a forte valenza innovativa in grado di consentire la sperimentazione di nuovi modelli operativo gestionali anche in un'ottica di evoluzione della legislazione vigente.

Il Piano socio-sanitario lombardo, in coerenza con l'impostazione finora assunta e ribadita sia nel programma di Giunta, sia nel Programma Regionale di Sviluppo è uno strumento entro il quale trovano spazio, e si incontrano, sia la libertà di azione dei soggetti impegnati nell'erogazione dei servizi sia la libertà di scelta del cittadino. Infatti la libertà di azione delle strutture e la responsabilizzazione aziendale è elemento caratterizzante per dare efficaci ed efficienti risposte ai bisogni socio sanitari.

In essa vanno definiti tutti gli stimoli utili perché:

- da una parte, le strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali, sia pubbliche che private possano migliorare la propria efficienza, migliorare la qualità delle prestazioni, ricercare le migliori modalità per rispondere ai bisogni socio-sanitari e sociali, ricercare la soddisfazione del cittadino, promuovere la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori, contribuire allo sviluppo della ricerca scientifica, concorrere all'attuazione dei programmi di prevenzione e di educazione alla salute, accrescere la capacità di comunicare con i cittadini, ridurre i costi di produzione;
- dall'altra, l'utente possa trovare le modalità più adeguate per dare soluzione ai propri bisogni, anche in termini di "autosoddisfacimento".

Tutto ciò richiede, ovviamente, accanto all'azione della Regione, la consapevolezza che un sistema complesso come quello socio-sanitario e sociale, sollecitato continuamente da molteplici istanze, talvolta contraddittorie tra loro, provenienti dalla società civile, dalle istituzioni, dal mondo degli erogatori, dai mass media, può dare risposte efficaci solo se si determina un livello alto di partecipazione e di collaborazione tra tutti. Ed è con questa consapevolezza che, già nella fase di predisposizione di questo documento si considera indispensabile raccogliere il contributo delle componenti, a vario titolo coinvolte nel sistema. Nelle fasi attuative verrà seguito il metodo concertativo, con le procedure previste dal patto per lo sviluppo siglato dalle parti sociali il 19 settembre 2001.

Per questo motivo il Piano si suddivide in due parti:

1. la prima riporta il quadro entro cui la progettazione si realizza, le linee di sviluppo, unitamente ad obiettivi strategici di medio e lungo termine, gli impegni per la Giunta e per le Direzioni Generali competenti;
2. la seconda esplicita le linee di intervento nei particolari settori di attività, con gli obiettivi da raggiungersi nel triennio.

PARTE I

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO E LE LINEE DI SVILUPPO

IL MODELLO LOMBARDO E IL PIANO

La riforma del sistema socio sanitario e sociale regionale e del rapporto tra questo e la società civile sono stati tra le azioni più visibili dell'attività del governo regionale.

In particolare la legge regionale n. 31/1997 si è imposta all'attenzione generale per i principi e le finalità in essa espressi, identificando una serie di processi atti ad orientare l'offerta pubblica e privata di servizi sanitari socio sanitari e sociali, in un contesto flessibile capace di rispondere ai bisogni espressi dai cittadini.

I cittadini chiedono un'assistenza sanitaria "su misura".

La "domanda di salute" sempre più "informata che i cittadini oggi esprimono è sempre più orientata verso risposte e soluzioni connotate sia dall'impiego di metodiche ad alto contenuto tecnologico, sia da un elevato grado di personalizzazione. Ciò pone sempre più in evidenza la carenza delle risorse destinate al Servizio sanitario Nazionale.

La Regione Lombardia con la l.r. n. 31/1997 ha voluto sostenere la libera scelta del cittadino, valorizzando le sue opzioni, attraverso la separazione fra i soggetti acquirenti ed erogatori di prestazioni, promuovendo la parità di diritti e di doveri tra soggetti erogatori pubblici e privati, profit e non profit ottenendo risultati indubbiamente positivi.

La centralità del cittadino, punto di forza del percorso già intrapreso di qualificazione del Servizio sanitario Regionale, ha trovato riconoscimento nel modello organizzativo posto in essere nella scorsa Legislatura che ha visto l'attivazione di nuove dinamiche sociali ed economiche destinate, altrimenti, a rimanere inesprese.

Al di là delle considerazioni di principio che tali aspetti possono suscitare, è innegabile che la chiarezza del modello e gli atti conseguenti, sia in termini di programmazione regionale che di attuazione da parte delle aziende sanitarie pubbliche e private, hanno attivato nuove dinamiche sociali ed economiche.

Il percorso innovativo avviato è stato confermato dall'approvazione, da parte della Conferenza Stato Regioni, del progetto di sperimentazione gestionale che prevede il "Completamento dell'attuazione del sistema sanitario previsto dalla l.r. n. 31/1997 della Regione Lombardia come modello sperimentale di organizzazione delle strutture sanitarie e di gestione delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche e monitoraggio dei risultati".

Tale percorso deve essere portato a compimento attraverso la dichiarazione delle linee di sviluppo all'interno del Piano Socio sanitario Regionale (PSSR).

Il PSSR contiene le linee di sviluppo del sistema. Le coordinate di questa traiettoria sono rappresentate dalla l.r. n. 31/1997, dal Documento direttore per la redazione del Piano Socio sanitario Regionale per il triennio 2000-2002 approvato con DGR n. VI/48960 dell'1.3.2000, dal Programma Regionale di Sviluppo approvato con DCR n. VII/39 del 10.10.2000 e dal Documento di Programmazione economico-finanziario regionale 2001-2003 approvato con DCR n. VII/42 dell'11.10.2000.

La consapevolezza delle difficoltà e dei limiti che ogni sistema sanitario presenta, ma soprattutto l'apertura al confronto con il contesto europeo ed internazionale nel quale esperienze come la libertà di scelta del cittadino, la separazione tra acquirenti ed erogatori di prestazioni sanitarie, le collaborazioni pubblico-privato sono perseguite da tempo, ha fatto sì che la Regione Lombardia abbia sempre guardato con estremo interesse lo sviluppo di altri modelli sanitari e la loro evoluzione.

Un recente rapporto dell'OCSE declinava i principali indirizzi delle politiche sanitarie europee:

- aumento della flessibilità e crescita economica con responsabilizzazione del livello locale;
- aumento dell'efficienza e della qualità dei servizi, anche in considerazione della presenza del "privato";
- maggiore responsabilizzazione del cittadino rispetto al bilancio salute-costi;
- attenzione all'indice di soddisfazione espresso dai cittadini;
- utilizzo delle evidenze scientifiche.¹

¹ Accanto a queste indicazioni che puntano a sistemi flessibili ed aperti, interessante appare il rapporto "Healthcast 2010: smaller world, bigger expectations", frutto di uno studio condotto nei principali paesi europei oltre che in Canada, Stati Uniti, Nuova Zelanda, Australia sul futuro del settore sanitario: attraverso ricerche mirate e interviste a opinion leader, sono emersi i seguenti punti qualificanti dei sistemi sanitari dei prossimi decenni:

- saranno vincenti le organizzazioni sanitarie orientate al paziente più consapevole dei suoi problemi sanitari;
- le organizzazioni sanitarie si devono caratterizzare con un marchio;
- qualità del servizio e tempi di risposta veloci saranno le chiavi del successo per la "client satisfaction";
- nasceranno nuovi modelli di E-business in concorrenza con il modello assistenziale tradizionale;
- nella corsa ai finanziamenti vincerà chi sarà in grado di dimostrare di possedere tre doti: qualità, efficienza e attenzione al paziente;
- la struttura tradizionale del sistema sanitario dovrà essere rivista e sostituita da un modello più integrato e trasparente;
- redistribuire le risorse al fine di riqualificare il personale per far fronte al consumerismo e allo sviluppo della tecnologia;
- chi sosterrà i costi dovrà puntare sulla prevenzione per ridurli;
- i pazienti pretenderanno di più, ma non saranno disposti a pagare di più;
- aumenteranno i problemi di natura etica per i consumatori, i fornitori e gli acquirenti;
- si apriranno rapidamente nuove opportunità per le assicurazioni sanitarie private fuori dagli Stati Uniti;
- la professione medica deve elaborare procedure clinico-diagnostiche e terapeutiche standard, applicabili a livello internazionale.

Il PSSR, in coerenza con la sua natura di strumento di programmazione unico ed integrato e attraverso la piena applicazione dell'articolo 6 della l.r. n. 31/1997, persegue come obiettivo prioritario e qualificante della rete dei servizi ordinati alla tutela della salute dei cittadini, l'integrazione delle attività e delle funzioni sanitarie con quelle dei servizi socio-assistenziali.

DEVOLUZIONE

Il Piano Socio sanitario Regionale si colloca in un contesto di graduale e reale federalismo improntato alla sussidiarietà orizzontale intesa come partecipazione estesa di altri soggetti nella gestione dei servizi e non solo come decentramento di poteri dal centro alla periferia.

In tal senso rappresenta un passo significativo l'accordo siglato fra Stato e Regioni in data 8 agosto 2001 che prevede, fra l'altro:

- l'impegno del Governo a riconoscere alle regioni la potestà autorizzatoria in materia di sperimentazioni gestionali;
- l'attribuzione alle Regioni la potestà di riconoscimento ai presidi ospedalieri dello status di azienda ospedaliera;
- l'impegno ad attribuire alle Regioni piena autonomia nel settore dell'organizzazione della sanità, congiuntamente con la piena responsabilizzazione sulla spesa sanitaria.

Nel rapporto Censis del gennaio 2001 "Regionalismo e sanità" si ricorda che è stato autorevolmente ipotizzato che il SSN sarà, con tutta probabilità, il banco di prova più significativo della tensione federalista che attraversa le correnti di riforma dello Stato. Sembra comunque prossimo il completamento del disegno regionalista fortemente basato sullo spostamento delle competenze di governo dall'amministrazione centrale verso quelle regionali.

La questione del federalismo nel sistema di welfare ha una sua propria specificità ed autonomia nell'ambito del più ampio dibattito sulla riforma dello stato e non è possibile ridurlo a problematiche esclusivamente di natura economico-finanziaria rischiando così di far perdere l'occasione all'intero sistema di evolvere in termini di strumenti, obiettivi e livelli di servizio.

Unanimente si ritiene che comunque debbano essere individuati meccanismi di garanzia che consentano il mantenimento degli attuali livelli essenziali di assistenza in tutto il Paese in un'ottica di universalismo ed equità di accesso.

Il primo nodo da sciogliere è proprio quello dell'individuazione di detti livelli, traducendoli concretamente in prestazioni e servizi erogati; con l'accordo Stato Regioni citato e con quello sottoscritto il 22 novembre 2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza.

E' possibile pensare ad un modello federalista omogeneo nei risultati, bilanciato nei processi e soprattutto solidale, capace di sviluppare a livello locale in regime di concertazione, di partecipazione, di corresponsabilizzazione dei diversi attori che rappresentano l'incontro tra la domanda e l'offerta.

1 - Devoluzione

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
1.II	Istituzionale	PSSR	Governo delle entrate	Aumento rapporto risorse per la sanità/PIL regionale
1.I2	Istituzionale	PSSR	Autonomia organizzativa	Conclusione sperimentazione gestionale e valutazione risultati
1.GE1	Gestionale	PSSR	Pieno controllo delle determinanti di spesa dei fattori produttivi (costi)	Aumento dell'autonomia regionale nella contrattazione decentrata e nella definizione della politica del farmaco

A supporto delle azioni chiave si rende necessario poter intervenire sui seguenti aspetti dell'area sanitaria:

- la contrattazione con il personale dipendente del Servizio sanitario Regionale e con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, altri medici convenzionati; per tali professionisti si prevede comunque una contrattazione nazionale relativamente alle attività ricomprese nei LEA;
- la politica farmaceutica;
- l'articolazione delle risorse destinate ai livelli di assistenza, secondo le esigenze messe in evidenza dal quadro programmatico regionale;
- la formazione del personale dedicato con particolare riguardo agli infermieri.

Per quanto riguarda il completamento del processo di devoluzione nell'area sociale e socio-sanitaria appare necessario altresì intervenire su:

- definizione degli ambiti territoriali in attuazione della L. 328/2000;
- realizzazione degli Accordi di programma quadro per l'attuazione dei Piani di zona;
- raggiungimento dell'integrazione tra sanitario, socio-sanitario e sociale;

- sinergia tra gli attori (Comuni, Terzo settore, Province, Regioni) finalizzata a soddisfare i bisogni espressi dalle «persone».

Per quanto riguarda l'entità del finanziamento, anch'essa oggetto di revisione nell'accordo dell'8 di agosto e che verrà più in dettaglio trattata nel paragrafo "il finanziamento del sistema" si evidenzia che il Governo si è impegnato a destinare, entro un arco temporale ragionevole, il 6% del PIL al finanziamento del sistema sanitario nazionale, attestandosi nel periodo 2001–2004 al 5,8% del PIL. Ciò nonostante occorre rilevare che il rapporto fra spesa sanitaria e PIL lombardo rimarrà verosimilmente al di sotto di tale percentuale in quanto come si evidenzia nella tabella seguente, relativa all'anno 1999, la spesa sanitaria lombarda risulta di un punto percentuale inferiore rispetto al rapporto nazionale.

SPESA SANITARIA TOTALE E PUBBLICA COME PERCENTUALE DEL PIL

	TOTALE % PIL	PUBBLICA % PIL
ITALIA ²	7.6	5.3
Media Europea	8.6	6.8
LOMBARDIA ³	6.6	4.3

IL RUOLO DELLA REGIONE

Partendo dal presupposto di realizzare la piena devoluzione al governo regionale in materia socio sanitaria con il conseguente completo governo dei fattori produttivi è necessario "ripensare" il ruolo regionale all'interno del sistema di welfare, anche al fine di evitare il rischio di sostituire al centralismo del governo nazionale quello del governo regionale. In questa ottica la Regione, confermando il proprio impegno e la propria diretta responsabilità nel garantire la tutela della salute dei propri cittadini in attuazione del principio sancito dall'articolo 32 della Costituzione e secondo il modello di servizio socio-sanitario regionale stabilito con la l.r. n. 31/1997 reputa opportuno rafforzare da un lato il ruolo di governo del sistema attraverso più puntuali e condivise norme di programmazione, indirizzo e controllo e dall'altro potenziare il ruolo autonomo e le responsabilità gestionali delle aziende sanitarie pubbliche, particolarmente le Aziende ospedaliere, sviluppando le più efficaci ed avanzate tecniche direzionali e di management anche al fine del raggiungimento di una effettiva integrazione e parificazione fra strutture erogatrici pubbliche e private.

Potrà inoltre essere avviata, seppure gradualmente, la trasformazione di Aziende ospedaliere pubbliche in fondazioni con la partecipazione di soggetti pubblici e privati no profit, fermo restando il ruolo maggioritario della partecipazione delle istituzioni pubbliche.

Nel ruolo di controllore deve essere ulteriormente sviluppata la valutazione delle aziende sanitarie, estendendo la valutazione oggi fatta sul raggiungimento degli obiettivi da parte dei Direttori Generali: è necessario valutare in termini di efficacia, di efficienza, di qualità dei servizi erogati e di soddisfazione dell'utenza le aziende sanitarie, comprese quelle private. Il modello di valutazione potrà essere un importante strumento di supporto alla programmazione sanitaria, alle modalità di finanziamento delle strutture, ad iniziative di comunicazione ai cittadini di aree di eccellenza.

La valutazione del sistema e delle aziende

Il ruolo della Regione come regolatore e controllore super partes del sistema socio-sanitario si estrinseca in modo molto rilevante nella funzione di valutazione del sistema nel suo complesso: solo la valutazione adeguata dei risultati prodotti dal sistema e degli effetti dei cambiamenti introdotti nello stesso consentirà di mantenere e confermare le soluzioni organizzative che dimostrano di aver prodotto risultati positivi, e di abbandonare quelle soluzioni che non hanno prodotto risultati soddisfacenti. La capacità di valutazione deve poi essere direttamente commisurata alla innovatività delle soluzioni proposte. E' evidente a tutti che nel settore socio-sanitario è indispensabile introdurre forme innovative di organizzazione e gestione dei servizi. Lo stesso progetto di sperimentazione gestionale "Completamento dell'attuazione del sistema sanitario previsto dalla l.r. 31/97 della Regione Lombardia come modello sperimentale di organizzazione delle strutture sanitarie e di gestione delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche e monitoraggio dei risultati" che la Regione Lombardia ha presentato alla Conferenza Stato-Regioni, rappresenta la conferma più evidente del fatto che risulta necessario sperimentare forme nuove e valutare attentamente i risultati conseguiti. Non esistono infatti soluzioni che pregiudizialmente vanno bene: tutte le soluzioni vanno giudicate dai risultati che producono.

La Regione deve quindi attrezzarsi compiutamente per far crescere questa capacità di valutazione che già oggi esiste all'interno delle direzioni competenti, ma che necessita di essere fortemente sviluppata.

Lo stesso progetto di sperimentazione gestionale lo richiede in modo molto esplicito: la Conferenza Stato-Regioni valuterà la bontà delle scelte fatte da Regione Lombardia sulla base del monitoraggio dei risultati man mano conseguiti.

² % del PIL nazionale. Fonte OECD 1998

³ % del PIL regionale. Fonte Regione Lombardia 1999

Sono infatti già individuati diversi indicatori per la valutazione degli esiti e degli effetti sull'intero sistema sanitario regionale relativamente ai seguenti aspetti:

- indicatori riferiti al rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture secondo quanto indicato dalle delibere regionali;
- indicatori di qualità di struttura, attività e risultato, nonché relativi alla customer satisfaction contenuti nella delibera n. VI/46582 del 26/11/1999 e di altri provvedimenti in materia;
- indicatori riferiti al rispetto dei tempi d'attesa dichiarati dalle strutture secondo quanto indicato dalle delibere regionali.
- indicatori economico-finanziari quali il costo medio per assistito a livello regionale e per ASL, il rapporto costo del personale/ricavi e il rapporto costo di beni e servizi/ricavi delle aziende ospedaliere, nonché gli indicatori relativi al mantenimento dei limiti di spesa secondo i livelli di assistenza previsti dal PSN.
- indicatori relativi alla facilità di accesso dei servizi per i cittadini e all'introduzione di procedure informatizzate di prenotazione e di informazione.

Gli strumenti a supporto della valutazione del sistema sono rappresentati da una parte dai dati forniti dall'osservatorio epidemiologico che vedrà il proprio sviluppo nell'ambito di un progetto specifico, descritto nelle linee d'intervento del presente Piano, dall'altro dal sistema direzionale di controllo che si propone proprio come strumento di supporto alle attività di indirizzo, programmazione, coordinamento, controllo e valutazione della Direzione Generale per quanto riguarda sia il governo della domanda sia quello della offerta di prestazioni sanitarie.

Il nucleo centrale del modello consiste nella unificazione di tutti i flussi informativi disponibili (relativi alla salute, alle prestazioni erogate, alle valorizzazioni economiche, ...) attorno da una parte al singolo cittadino (gli assistiti) e dall'altra alle singole aziende (acquirenti e produttrici, pubbliche e private). L'obiettivo è quello di passare da un insieme di informazioni separate e circoscritte (i ricoveri, le prestazioni ambulatoriali, ...) ad un insieme coordinato che sappia identificare il bisogno di salute espresso dai cittadini, la domanda di prestazioni e le caratteristiche di prescrizione, nonché l'offerta di prestazioni e servizi. Il coordinamento deve riguardare sia le attività richieste/svolte che la loro contropartita economica.

La predisposizione del Sistema Direzionale ha richiesto, tra l'altro, la razionalizzazione di tutti i flussi informativi, lo studio di un insieme di indicatori per il governo, nonché la implementazione di un adeguato sistema di reporting.

Il sistema, già operativo in via sperimentale per alcuni segmenti informativi, ha bisogno di essere esteso a tutte le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali (ricoveri, prestazioni ambulatoriali, farmaceutica, mortalità, ...), con un approccio che valorizzi sia lo spazio (verso una geografia della domanda e dell'offerta) sia il tempo (verso il monitoraggio degli andamenti temporali), così che i vari livelli delle Direzioni Generali competenti possano svolgere in maniera appropriata le specifiche funzioni di indirizzo, programmazione, controllo e valutazione.

Per la valutazione ed il monitoraggio completo del sistema socio sanitario ci si avvarrà di un centro studi, appositamente istituito, in collaborazione con le università lombarde.

La valutazione delle aziende sanitarie rappresenta un altro aspetto rilevante del ruolo della Regione.

E' anzitutto necessario mettere a punto una adeguata metodologia, poiché la natura particolare dei servizi erogati, servizi alla persona, non permette di applicare modelli standardizzati di analisi economico-produttive già in uso in altri settori. Si tratta perciò di sviluppare strumenti di valutazione che tengano in considerazione la specificità del settore, individuando indicatori significativi dal punto di vista gestionale. E' opportuno prevedere metodologie di valutazione dell'attività sanitaria, socio sanitaria e sociale secondo le variabili del sistema che possono essere così individuate: variabili di "input", rappresentate dalle risorse e dagli utenti, che oltre ad essere i beneficiari dei servizi partecipano attivamente ai processi produttivi, contribuendo a determinarne l'efficacia; variabili del "processo produttivo", variabili di risultato, inteso questo in termini di efficienza ("output") e di efficacia ("outcome").

L'esigenza della Regione Lombardia è quella di poter valutare e monitorare nel tempo la performance delle aziende, promuovendo nel contempo il miglioramento continuo interno della qualità. Il sistema di valutazione deve fornire una rappresentazione dell'azienda nel suo complesso, che tenga conto di tutti gli aspetti che la caratterizzano, come la struttura, i processi e i risultati, individuare le aree critiche e di eccellenza e consentire una lettura dell'andamento nel tempo. L'obiettivo è di definire un modello che sia in linea con quelli maggiormente utilizzati a livello internazionale, garantendo le specificità regionali e modificandolo secondo necessità, tenendo comunque conto di tutte le esperienze svolte in Regione Lombardia sulla qualità. L'aspetto fondamentale deve essere l'eshaustività del metodo, che tenga conto della complessità aziendale e dia il corretto peso ai singoli fattori considerati.

Un simile approccio può prevedere anche l'introduzione di indicatori, assunti con specifico provvedimento dalla Giunta regionale, previo parere della Commissione consiliare competente, riferiti all'efficienza, all'efficacia, all'uso delle risorse ed all'equilibrio economico-finanziario, al di sotto dei quali si determina l'uscita delle strutture interessate dal servizio sanitario regionale. Nel caso di strutture pubbliche, ciò potrebbe provocare il regime di commissariamento o di amministrazione controllata allo scopo di assumere, un piano straordinario di riconversione o di diversa destinazione della struttura. Pertanto una metodologia finalizzata alla valutazione dell'attività a garanzia della qualità dell'assistenza e del corretto utilizzo delle risorse disponibili può essere affiancato a meccanismi di fuoriuscita dal sistema. Un modello di analisi delle attività non può prescindere dalla valutazione della soddisfazione dell'utente, in termini di qualità percepita del servizio; infatti l'utente è al centro dell'interesse dell'ASP ed anche le più recenti analisi di processo, come le Vision 2000, individuano la "customer satisfaction" come uno degli elementi fondamentali non solo per la

valutazione della qualità ma per influenzare i meccanismi decisionali. L'obiettivo è cercare di integrare tale ambito di interesse nelle valutazioni complessive di efficacia aziendale. Le analisi di tipo economico devono essere particolarmente attente e puntuali, monitorando la spesa tramite indicatori economici e finanziari per livelli di assistenza, anche disaggregati per singole voci, indicatori basati sui dati della mobilità intraregionale ed interregionale (ospedaliera, medicina generale, specialistica ambulatoriale, riabilitazione e lungoassistenza, farmaceutica, cure termali e distribuzione diretta di farmaci), indicatori di ricavi e di costi rapportati alle risorse umane disponibili e analisi della composizione percentuale della spesa, con particolare riferimento all'acquisto di beni e servizi per i principali aggregati di costi. Lo studio e l'applicazione degli indicatori della spesa dovranno essere continuamente confrontati con quelli regionali, con quelli di gruppi di regioni con caratteristiche simili alla Lombardia e con quelli nazionali. Una particolare attenzione deve essere sviluppata nell'analisi dell'outcome, cioè dell'esito dell'attività, in termini di impatto sull'utenza e di salute guadagnata, essendo fino ad ora l'aspetto meno sviluppato e monitorato, proprio per le difficoltà intrinseche alla sua rilevazione. L'impegno che la Regione Lombardia deve promuovere è una maggiore attenzione a questa tematica, che non deve rimanere solo un puro oggetto di ricerca, ma deve trovare espressioni concrete per valutare realmente l'impatto delle scelte programmatiche e gestionali sulla salute degli utenti, almeno per alcune aree critiche.

Un modello così complesso di approccio alla valutazione aziendale non può prescindere da chi effettuerà le analisi e le valutazioni relative che, tenuto conto della rilevanza del sistema, poco si concilia con la strutturazione dell'ASL che, secondo la l.r. 31/97, incorpora in sé tutte le funzioni di vigilanza e controllo. Qui infatti non si tratta di effettuare un'attività di controllo, che rimane in capo all'ASL con le modalità sopracitate, ma di prevedere un organismo di valutazione regionale che sia svincolato dalle strutture del SSR e che possa svolgere la propria attività specifica con aspetti di operatività/verifica sul campo da effettuare anche attraverso il ricorso ad agenzie esterne e con una valutazione finale interna. L'obiettivo è quello di avere a disposizione uno strumento riproducibile che possa fornire indicazioni anche per il ruolo programmatico regionale e che fornisca elementi anche per la valutazione dei direttori generali. Sull'utilizzo finanziario della metodologia dovranno essere effettuate valutazioni specifiche dopo la sperimentazione dello strumento che si effettuerà nell'arco dell'anno 2002.

2 - Valutazione del sistema e delle aziende

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
2.I1	Istituzionale	DGR	Istituzione del Centro studi per la valutazione del sistema sanitario e socio sanitario in collaborazione con università o agenzie di monitoraggio della sanità lombarda	Predisposizione report di valutazione del sistema annuale
2.I2	Istituzionale	DGR	Organismo di valutazione interno/esterno	Predisposizione report annuale di valutazione di tutte le aziende accreditate, e dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche

IL SISTEMA SANITARIO E SOCIO-SANITARIO IN ITALIA ED IN EUROPA

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

I sistemi sanitari di quasi tutti i paesi stanno affrontando grandi difficoltà e sostanziali riforme strutturali. Non esiste un sistema socio sanitario dove non si pongano domande e non si sollevino importanti obiezioni, almeno per quanto concerne i costi dei servizi e l'adeguamento degli stessi alle evoluzioni tecnologiche, demografiche ed epidemiologiche. Si sta sempre più affermando un modello di sistema socio sanitario che ha come attore primario la Regione, considerata il livello organizzativo istituzionale ideale, per dimensione, velocità di risposta ai problemi, vicinanza e sintonia culturale con la gente. Non è un caso che si siano moltiplicati i momenti di confronto non solo fra i sistemi nazionali, ma soprattutto fra le amministrazioni regionali: le Generalidad spagnole, i Lander tedeschi, indipendentemente dall'appartenenza ad un sistema socio sanitario di tipo Beveridge o bismarkiano. Il primo, a cui si rifanno i sistemi sociosanitari dei paesi scandinavi e inglese è caratterizzato da: finanziamento attraverso la tassazione centrale, infrastrutture di proprietà dello stato, politiche operative determinate e controllate dal livello centrale, offerta di un accesso libero ed universale, medici stipendiati o pagati a quota capitaria. Il modello Bismark, tipico dei Paesi del centro Europa, è caratterizzato da: assistenza sanitaria finanziata con contributi obbligatori versati sia dai lavoratori che dai datori di lavoro, i fondi sono gestiti da agenzie non profit non governative istituite per legge per questo fine, le agenzie negoziano un budget per i servizi da fornire con gli erogatori di prestazioni, la maggior parte dei medici è pagata a prestazione.

A questi due modelli, tipicamente europei viene spesso accostato il modello americano, a cui si ritiene di non dover far riferimento in termini di sistema se non per quanto riguarda alcuni specifici aspetti organizzativo-gestionali (classificazione delle prestazioni, accreditamento, organizzazione ospedaliera).

Del resto tutti i sistemi sanitari europei, a differenza di quello americano, siano essi finanziati attraverso la fiscalità generale o basati su sistemi assicurativi obbligatori tendono ad assicurare la copertura del rischio salute per tutta la popolazione, l'accesso universale ed equo ai servizi sanitari.

In un momento storico di grande riassetamento, dovuto anche alla crescita dell'integrazione nazionale all'interno della comunità europea, il tema della salute, sempre più vicino alle problematiche sociali e di welfare, rappresenta un punto cruciale per ogni amministrazione.

Tutti i sistemi sanitari regionali sono alla ricerca di un loro equilibrio in termini di impiego delle risorse e soddisfazione degli utenti: per questa ragione attivare strumenti concreti di confronto e collaborazione fra le regioni europee consente di fruire dei risultati delle esperienze avviate in altre regioni ed aumentare l'integrazione nella prospettiva di un'Europa unita.

La spesa sanitaria come percentuale del PIL			
Paese	Spesa Totale	Spesa pubblica	Spesa privata
Germania	10,3	7,8	2,5
Francia	9,4	7,3	2,1
Svizzera	9,7	7,1	2,6
Belgio	7,8	6,8	1,0
Canada	9,3	6,5	2,8
USA	12,9	5,8	7,1
Olanda	8,7	6,0	2,7
UK	6,8	5,7	1,1
Italia	8,2	5,5	2,7
<i>Fonte: rapporto OECD 2001</i>			

Come si evince dalla tabella il nostro Paese è quello che registra il minore rapporto percentuale fra spesa sanitaria pubblica e PIL, mentre per quanto riguarda la percentuale di intervento della spesa privata è in linea con Paesi, quali Germania e Svizzera in cui il rapporto di spesa pubblica sanitaria rispetto al PIL è di gran lunga superiore. Si segnala peraltro che con il già citato accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001, il Governo si è impegnato a destinare, in un arco di tempo ragionevole, il 6% del PIL alla spesa sanitaria.

3 - Aumentare il confronto e l'integrazione con i sistemi sanitari europei

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
3.I1	Istituzionale	Mosan eurosalute	Partecipazione a network	Numero delle strutture sanitarie regionali coinvolte nelle azioni chiave
3.I2	Istituzionale	Progetti europei	Promozione e partecipazione a progetti europei	Numero delle strutture sociosanitarie regionali coinvolte nelle azioni chiave

I LIVELLI DI ASSISTENZA

I Livelli Essenziali di Assistenza sono lo strumento utilizzato per rendere esplicite le garanzie offerte ai cittadini, attraverso la definizione delle prestazioni e dei servizi garantiti. In un'ottica di federalismo socio sanitario sarebbe più appropriato parlare di livelli necessari garantiti o addirittura di livelli di assistenza definiti a livello nazionale e ulteriori livelli garantiti/finanziati a livello regionale.

E' questa una delle questioni cruciali da affrontare: il sistema deve essere sostenibile in termini di costo, garantire l'accessibilità ai servizi, l'equità e l'universalità, valorizzando la centralità del cittadino.

Si possono ipotizzare due scenari:

1. continuare a garantire tutto a tutti, come avviene oggi, non individuando in modo puntuale i Livelli Essenziali di Assistenza, ma incrementando in modo consistente le risorse pubbliche dedicate alla sanità;
2. ridurre il livello di garanzia assistenziale, rendendolo compatibile con le risorse disponibili. Questo significa definire a livello nazionale le prestazioni socio sanitarie che si possono offrire in modo uniforme sul territorio italiano, stimolando l'intervento di forme integrative di finanziamento.

E' quindi evidente che il problema si pone in relazione alle risorse disponibili per il sistema che nell'ultimo decennio sono sempre state sottostimate dalla Stato e parzialmente incrementate solo a posteriori.

Con il citato accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, mentre si è avuta la conferma che il 2001 rappresenta "l'anno zero" rispetto al finanziamento del SSN e alla definizione dei livelli di responsabilità fra le Regioni e lo Stato, quest'ultimo si è impegnato ad incrementare le risorse a disposizione del sistema fino ad arrivare al 6% del PIL, in un arco di tempo ragionevole; ciò nonostante è ampiamente prevedibile la necessità di trovare ulteriori risorse per far fronte ai bisogni sanitari causati principalmente da: invecchiamento della popolazione, aumento delle cronicità, introduzione di nuove tecnologie.

La proposta di Piano Sanitario Nazionale 2001–2003 affronta la problematica della definizione dei livelli di assistenza procedendo ad una definizione di carattere generale, ma ancora non rispondente alle effettive esigenze. Il tema della definizione dei livelli di assistenza deve essere necessariamente collegato alle risorse disponibili, ma il criterio dei "costi sostenibili" non deve essere l'unico alla base della definizione. Per cercare di definire il concetto di livello di assistenza può essere appropriato inserire nel processo di modellizzazione i concetti di utilità, efficacia ed economicità non disgiunti dall'equità e dall'utilità individuale.

Il processo di definizione dei livelli di assistenza dal livello centrale a quello "periferico" (regionale, provinciale...) non deve scadere nell'esercizio di giustificare i costi ad oggi sostenuti dal SSN.

La definizione dei livelli di assistenza si connota come razionamento esplicito con tutte le conseguenze che ciò comporta sia a livello etico che a livello sociale. Per questo motivo usare l'espressione "livelli garantiti" è più corretto anche se il limite della garanzia è definito soprattutto in base alle risorse disponibili.

Posto che per la definizione dei livelli le esperienze fin qui effettuate a livello internazionale (es. Oregon, Svezia, Nuova Zelanda) hanno di volta in volta privilegiato l'aspetto economico piuttosto che quello sociale, si ritiene debba essere fatto lo sforzo di favorire una proficua interazione fra i criteri del decisore politico (aspetto economico), le evidenze dell'operatore socio sanitario ed il consenso dell'utenza in maniera tale da accogliere e mediare le singole istanze (aspetto sociale).

Si tratta quindi di affiancare ai livelli di assistenza definiti centralmente, sulla base dell'Accordo Stato-Regioni dell'8.8.2001 (LEA), l'individuazione di soluzioni che consentano di fornire livelli di assistenza non ricompresi nei LEA, attraverso due iniziative distinte:

- a) individuare le modalità di sostegno e diffusione di fondi integrativi regionali di carattere sanitario, anche intercategoriale e alimentati da forme di partecipazione a carico dei singoli, sostenuti attraverso l'eventuale attivazione di fondi di garanzia pubblici;
- b) studiare un sistema assicurativo-mutualistico obbligatorio, finalizzato alla tutela e salvaguardia delle fasce più deboli della popolazione, ed alla distribuzione solidaristica dei costi delle attività assistenziali, che garantisca in futuro la copertura del rischio legato alle condizioni di cronicità per alcune categorie di assistiti come cronici, disabili, anziani non autosufficienti⁴. L'introduzione di tale sistema dovrà essere necessariamente collegato armonicamente allo sviluppo del sistema istituzionale e organizzativo e monitorato attraverso l'individuazione di specifici indicatori che tengano in considerazione i differenti aspetti: economico e sociale.

In coerenza con tale previsione la Giunta regionale determinerà, con proprio provvedimento, le modalità ed i tempi di sperimentazione di livelli di offerta, ulteriori rispetto a quelli definiti a livello nazionale, attraverso l'assistenza integrativa da sottoporre ad approvazione del Consiglio regionale. Naturalmente il cittadino potrà provvedere ad assicurarsi per livelli opzionali erogativi, giudicati non necessari dal Consiglio regionale. L'ambito territoriale della sperimentazione dovrà essere individuato sulla scorta di indicatori di consumo per ridurre la forbice tra risorse e domanda.

⁴ Il problema dell'invecchiamento e dell'aumento dei costi e dei servizi ad esso legato è stato affrontato in alcuni paesi occidentali:

In **Germania** è stata istituita nel 1995 una assicurazione obbligatoria integrativa che prevede la contribuzione da parte dei lavoratori nella misura dell'1% sulle retribuzioni per l'anno 1995 e dell'1,7% per il 1996, per un totale di 30 miliardi di marchi, che rappresenta la disponibilità del fondo medesimo. Le prestazioni vengono erogate su tre livelli di base: il primo livello è quello della non autosufficienza rilevante, il secondo livello è quello della non autosufficienza straordinaria ed il terzo quello della non autosufficienza grave. L'assistito ha facoltà di scegliere tra un assegno mensile in denaro con importo fisso graduato sui tre livelli ed un numero predeterminato di ore di assistenza domiciliare. L'obiettivo della legge è quello di favorire l'assistenza domiciliare e territoriale piuttosto che la degenza nelle strutture residenziali.

Una particolarità del fondo è quella di garantire anche i pagamenti pensionistici alle persone che prestano assistenza volontaria ai non autosufficienti in modo da incentivare l'assistenza familiare e la tutela previdenziale di chi la fornisce.

In **Olanda** è stata introdotta la legge sulle "spese sanitarie straordinarie", concepita secondo i principi della previdenza nazionale e diretta all'intera popolazione. Si tratta a tutti gli effetti di un fondo previdenziale per non autosufficienti e il ventaglio delle prestazioni erogate copre sostanzialmente i rischi non assicurabili come la lungodegenza, le spese per la riabilitazione, alcuni farmaci...La fonte principale di finanziamento (1997) è costituita dai contributi versati da tutta la popolazione con l'imposta sui redditi (8,85% dell'imponibile annuo). Le prestazioni in dettaglio comprendono quelle nel campo dell'assistenza geriatrica, degenze ospedaliere per più di 12 mesi, prestazioni di riabilitazione, accoglienza in istituti psichiatrici e in strutture per sordi e disabili psichici, alcune prestazioni di prevenzione, l'assistenza domiciliare, alcuni farmaci e presidi. Nell'ambito dell'assistenza geriatrica il fondo prevede anche finanziamenti per la costruzione di case di riposo e strutture semiresidenziali, per l'assistenza domiciliare e per l'aiuto domestico. Dal 1997 il fondo contribuisce sia alle spese per le rette di degenza nelle case di riposo con franchigie a carico dell'assistito che variano in funzione del reddito, sia alle spese per l'aiuto domestico con un "ticket" a carico dell'assistito.

Entrambi i fondi sono caratterizzati da grandi spinte innovative, soprattutto quello tedesco che, nell'impostazione, può davvero definirsi precursore di un nuovo modo di intendere lo stato sociale. Infatti, mentre le altre forme di previdenza sociale tedesche, tra le quali l'assistenza sanitaria, tendono ad erogare prestazioni in quantità illimitata, il fondo per non autosufficienti eroga importi fissi per una parte delle spese sostenute dall'assistito ma non per tutte. Inoltre, mentre i contributi assistenziali possono subire modifiche, l'ammontare del fondo non può superare il gettito assicurato dall'1,7% stabilito. Ed ancora, il cittadino può scegliere tra prestazioni in servizi o in denaro ed il mercato dei servizi è aperto ad erogatori e fornitori pubblici e privati.

4 - Riduzione della differenza fra risorse e domanda

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
4.11	Istituzionale	Sperimentazione Assistenza integrativa	Erogazione di livelli di assistenza ulteriori rispetto a quelli garantiti	Tipologia di prestazioni aggiunte
4.12	Istituzionale	Definizione dei LEA a livello nazionale	Monitoraggio dell'andamento della spesa in relazione ai servizi erogati	Rapporto fra servizi erogati e risorse dedicate
4.13	Istituzionale	Assistenza mutualistica obbligatoria	Copertura del rischio cronicità per le categorie più deboli	Tipologia di prestazioni assicurate Numero di cittadini assistiti

VALORIZZARE LE PROFESSIONALITÀ PER MIGLIORARE IL SSR

La risorsa umana rappresenta il fattore critico di successo nei servizi alla persona: ad essa va dedicata prioritariamente attenzione perché rappresenta il capitale più rilevante del sistema socio-sanitario lombardo. L'adeguata valorizzazione delle risorse umane che operano nel sistema, sia sotto l'aspetto professionale che motivazionale ed economico è essenziale per il successo delle politiche socio sanitarie regionali.

Il primo obiettivo programmatico del PRS della VII legislatura della Regione Lombardia nell'area dei servizi persona riguarda infatti la qualificazione e valorizzazione delle risorse umane, professionali e scientifiche.

Il riconoscimento dell'autonomia regionale in materia di organizzazione dei servizi sanitari, concordato fra Stato e Regioni nell'accordo dell'8 agosto 2001, offre la concreta possibilità di promuovere l'adozione di strumenti contrattuali, attraverso un rapporto continuativo con le organizzazioni sindacali, idonei a favorire il processo di valorizzazione delle professionalità, accentuando l'utilizzo dello strumento della retribuzione variabile collegata al raggiungimento di obiettivi predefiniti ed all'adozione di strumenti di misurazione dell'attività e dei risultati raggiunti, valorizzando in tal modo le performances e favorire il reperimento di figure professionali attualmente carenti (es.: infermieri professionali).

Gli strumenti di valutazione tenderanno ad interessare le capacità gestionali e professionali, sia con riferimento alle esperienze maturate che alle competenze acquisite e richieste per i singoli profili.

Anche i processi di selezione dovranno essere sempre più responsabilizzati e consistere in un confronto tra i profili attesi e quelli posseduti dai candidati, utilizzando la formazione quale strumento per colmare il divario riscontrato.

Questa funzione strategica della formazione si accompagna a quella di accrescimento della sensibilità alle esigenze dell'utenza, tipiche ad esempio dell'attività di front-office.

La diffusione della cultura aziendale tra tutto il personale favorirà l'integrazione fra i diversi ruoli professionali.

In tale ottica occorre soprattutto puntare sulla qualificazione del personale amministrativo, affinché gli strumenti gestionali che la moderna azienda richiede diventino patrimonio comune e condiviso.

Sulla base delle linee contenute nella sezione formazione e progetti innovativi del presente piano, la Giunta regionale fornirà indirizzi programmatici alle aziende affinché, nella propria autonomia gestionale, possano utilizzarli adattandoli alle specifiche esigenze aziendali.

E' essenziale che tutte le aziende (private e pubbliche) siano orientate a sviluppare la professionalità delle risorse umane predisponendo azioni che ne favoriscano la crescita e lo sviluppo.

In tale contesto assume rilevante interesse la corretta determinazione dei fabbisogni delle risorse umane, che si pone come momento di programmazione della risorsa in rapporto all'attività programmata dall'azienda, alle risorse economiche disponibili ed alla politica del personale che si intende promuovere, configurandosi come strumento indispensabile per consolidare e valorizzare la gestione per budget. Sono da rafforzare e migliorare esperienze già effettuate, quale la rilevazione dei carichi di lavoro nelle AO e nelle ASL (vedi sezione piani strategici).

Una particolare politica coinvolge i dirigenti con l'obiettivo di favorire la piena responsabilizzazione nel raggiungimento degli obiettivi aziendali e la costruzione di sistemi di valutazione oggettivi e trasparenti.

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. Si riconoscono così ruoli manageriali ricoperti da professionisti, con responsabilità su risultati complessivi riferibili all'azienda e ruoli professionali, riferiti prioritariamente agli ambiti specialistici. L'obiettivo da perseguire è che anche i dirigenti che ricoprono ruoli professionali possano raggiungere livelli retributivi pari a coloro che ricoprono ruoli manageriali.

La valorizzazione dei ruoli deve coinvolgere tutte le professionalità sanitarie, tenendo conto della crescente responsabilità riconosciuta dalla legge 251/2000 agli operatori che intervengono nel percorso assistenziale, in tale ambito si promuove la creazione di un "osservatorio delle professioni sanitarie", quale sede permanente di studio, sperimentazione e confronto mirato a rilevare le necessità assistenziali in termini di risorse umane basate sull'intensità delle cure necessarie, definendo e implementando linee guida per la personalizzazione dell'assistenza ai sensi delle leggi n. 42/1999 e n. 251/2000.

Strumenti e tempi di attuazione di tale politica di valorizzazione sono esplicitati nella sezione progetti prioritari del presente piano.

Altro strumento che si intende utilizzare per valorizzare le professionalità è l'accreditamento professionale sul quale la Giunta regionale, nell'ambito del quadro istituzionale delineato a livello nazionale, darà indicazioni entro il primo anno di approvazione del presente piano.

Viene infine identificato lo strumento dello scambio di conoscenze e la collaborazione con strutture europee ed extraeuropee. A tal fine la Giunta regionale, con proprio provvedimento, determina annualmente il programma di scambi internazionali per le professionalità del Servizio Sanitario Regionale anche sulla scorta del programma annuale di cooperazione, previo parere della Commissione consiliare competente.

Da ultimo la contrattazione regionale per gli altri profili professionali coinvolti nel sistema di welfare permetterebbe di puntare anche sulla riqualificazione del personale amministrativo affinché gli strumenti gestionali che la moderna azienda richiede diventino patrimonio comune e condiviso.

Nelle fasi di attuazione verranno effettuati i confronti con i rappresentanti dei lavoratori per gli ambiti previsti dalla contrattazione collettiva.

5 - Valorizzare le professionalità

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
5.Gru1	Gestione Risorse Umane	Programma annuale di Giunta	Scambi internazionali fra i professionisti del SSR	N. programmi annualmente attivati N. professionisti coinvolti
5.A1	Accreditamento	DGR	Accreditamento dei professionisti	Definizione dei requisiti

LA RIFORMA DEI SERVIZI SOCIALI IN LOMBARDIA: ATTUAZIONE DELLA LEGGE 328/2000

Il presente Piano Socio Sanitario Regionale – *anche sulla scorta delle indicazioni date con il Documento Direttore dello scorso marzo che ha ribadito con forza l'esigenza di finalizzare la programmazione regionale alla costituzione di un sistema integrato di servizi* – conferma ed esalta ulteriormente l'organicità sistematica che da tempo identifica e rende originale il welfare della nostra regione.

Nel far ciò il PSSR realizza una collocazione ottimale tra la specificità del suo sistema e le recenti trasformazioni introdotte nel quadro normativo nazionale in quanto:

- Da un lato utilizza opportunamente tutti i gradi di libertà messi a disposizione dalla vera novità del nuovo quadro di riferimento rappresentata dai profondi mutamenti intervenuti a livello istituzionale, sanitario e sociale:
 - la riforma istituzionale che rende possibile aumentare ulteriormente il tasso di federalismo del welfare lombardo collocandolo, dopo la modifica al titolo V della parte seconda della Costituzione e l'introduzione del federalismo fiscale operata con il d.lgs. 56/2000, in una prospettiva di concreta devoluzione;
 - la riforma sociale recentemente promulgata ed attuata pressoché completamente dall'avvenuta pubblicazione sulla G.U. di tutti gli otto Decreti Delegati, a suo tempo approvati dalla Conferenza Stato Regioni ed unificata, che hanno creato le precondizioni essenziali per la "realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", non a caso titolo e finalità principale della Legge quadro;
 - gli interventi di riforma della sanità rappresentati soprattutto:
 - dalla l.r. 31/97 che ha introdotto un nuovo ed originale modello di servizio sociosanitario recentemente legittimato con l'approvazione da parte della Conferenza Stato Regioni della sperimentazione gestionale lombarda;
 - dall'avvenuta pubblicazione del DPCM 14 Febbraio 2001 "Atto di Indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie" che dà ulteriore impulso all'integrazione stabilendo regole e riferimenti per la distribuzione degli oneri derivanti dal funzionamento delle unità del Welfare;
 - dall'accordo dell'8 agosto 2001 tra Governo e Regioni recante integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 2 agosto 2000 e il 22 Marzo 2001 in materia sanitaria.
- D'altro canto il presente PSSR, al fine di tutelare il proprio assetto federale rispettoso della sua specificità, adotterà tutte le misure e le configurazioni che comporteranno scostamenti necessari e differenziazioni opportune dall'impianto nazionale definito nella scorsa legislatura.

Per il piano socio-sanitario la relazione con la riforma sociale (*legge delega e "pacchetto degli otto decreti delegati" vigenti dopo l'avvenuta pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale*) è essenziale:

- sia per il ruolo che tale relazione assume rispetto alla sussidiarietà istituzionale ed al rapporto Regione/Comune;

- sia per i maggiori gradi di libertà che consente e che risultano praticabili sebbene l'impianto approvato nella passata legislatura presenti elementi di contraddittorietà e distorsioni che richiedono correttivi ulteriori rispetto a quelli già introdotti sui testi governativi dalle conferenze Stato/Regioni ed Unificata e dal dibattito parlamentare.

L'utilizzo oculato della richiamata sinergia tra i processi di riforma in atto a livello locale, istituzionale, sociale e sanitario, consente oggi al PSS lombardo ed alla integrazione tra le componenti del suo modello l'enorme salto di qualità costituito dal passaggio da un "welfare evoluto" ad un "welfare devoluto".

Coerentemente alle considerazioni sovraesposte, nel Piano Socio-Sanitario Regionale trovano la loro collocazione naturale gli adempimenti che la riforma sociale ha posto in capo alla Regione e che saranno tradotti in disposizioni conseguenti.

ADEMPIMENTI REGIONALI EX L. 328/2000

Prescrizione	OGGETTO
Art. 4, c. 3	Riparto trasferimenti statali FNPS
Art. 8, c. 3, lett. a	Definizione ambiti territoriali
lett. g	Registri dei soggetti autorizzati all'esercizio delle attività
lett. n	Definizione requisiti di qualità per la gestione dei servizi
lett. i	Criteri per la concessione dei titoli per l'acquisto di servizi sociali
lett. e	Criteri per la determinazione del concorso degli utenti al costo delle prestazioni
lett. u	Criteri per la determinazione delle tariffe che i comuni erogano ai soggetti accreditati
c. 5	Trasferimento ai comuni delle funzioni attribuite alle provincie sui minori non riconosciuti
Art. 11, c. 1	Criteri e standard per l'esercizio degli istituti di validazione (comunicazione autorizzazione, accreditamento) e delle attività di vigilanza
Art. 22, c. 4	Livelli essenziali delle prestazioni per ambito territoriale

Lo sviluppo e la razionalizzazione del sistema di Welfare lombardo, articolato nei suoi due sottosistemi, trova la sua prima concreta attuazione nella D.G.R. n. 7435 del 14 dicembre 2001 che definisce, tra l'altro, i criteri per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie e Assistenziali per Anziani, criteri che identificano le caratteristiche specifiche di questa tipologia, in particolare rispetto alla intensità assistenziale ed alla complessità organizzativa.

Tali criteri devono basarsi su indicatori che siano in grado di identificare le caratteristiche specifiche di ciascuna tipologia, in particolare rispetto alla intensità assistenziale ed alla complessità organizzativa. Non ultimo, in ossequio alle recenti disposizioni legislative del DPCM 14 febbraio 2001 entrato in vigore il giugno scorso, vanno definite le modalità di ripartizione degli oneri gestionali che prevedono un grado variabile di copertura da parte del bilancio regionale dei costi di ciascuna unità, all'interno di un ventaglio di disponibilità che, per il cittadino fruitore e/o il suo comune di residenza, può passare dalla totale gratuità, alla semigratuità, alla completa onerosità.

I CITTADINI E LA FAMIGLIA: RUOLO, PARTECIPAZIONE, EDUCAZIONE, INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Il cittadino al centro del sistema socio sanitario ha caratterizzato l'impostazione della politica regionale per la salute e la solidarietà sociale rappresentando il punto focale di riferimento delle politiche regionali. L'esercizio della libertà di scelta tanto dei servizi sanitari quanto dei servizi sociali e degli altri diritti dei pazienti richiede, però, informazioni complete, accurate e tempestive, nonché adeguata preparazione culturale attraverso lo sviluppo di azioni di educazione sanitaria, oggetto di specifico progetto prioritario.

La centralità dell'utente nel sistema sociosanitario regionale ha svolto il ruolo di "volano" consentendo di evidenziare le carenze quali/quantitative del sistema e stimolandolo a porre in essere ulteriori iniziative per il superamento di tali carenze.

In questo contesto l'informazione e la comunicazione rappresentano, oggi, una risorsa strategica decisiva nel processo di erogazione dei servizi sociosanitari: è una funzione trasversale, che investe le logiche organizzative delle strutture e le dinamiche dei flussi informativi e delle relazioni. Ma quali strutture e quali professioni vanno pensate per un'attività che deve precipuamente rispondere a nuovi diritti dei cittadini, far conoscere le opportunità del nostro SSR, stabilire nuove relazioni con gli utenti, migliorare la qualità dei servizi? Quali relazioni vanno implementate per garantire una partecipazione effettiva e consapevole che renda concreto il principio di sussidiarietà?

La comunicazione favorisce processi di sviluppo sociale e culturale a condizione che vengano coinvolti, ai diversi livelli di elaborazione, tutti gli attori impegnati nei servizi. Ecco perché la formazione va considerata leva fondamentale, sia

per rafforzare e modernizzare la cultura organizzativa dei vertici, sia per dare agli operatori strumenti necessari alla realizzazione di una politica di relazione tesa a sviluppare una democrazia partecipata.

Gli obiettivi di comunicazione possono essere articolati su classi di target definiti:

- livelli direttivi delle unità di offerta socio sanitarie;
- operatori sociosanitari;
- cittadini e famiglie, singolarmente o in forma associata;
- enti e istituzioni.

Obiettivi

6 - Sviluppo delle funzioni di comunicazione e di relazione con il pubblico

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
6.Gru1	Gestione risorse umane	Piano annuale di comunicazione	Elaborazione di una strategia di comunicazione condivisa	N. eventi e di confronti ed i documenti direttivi
6.Gru2	Gestione risorse umane	Piano annuale di comunicazione	Sviluppo dell'immagine coordinata del sistema socio sanitario lombardo	N. eventi, strumenti e confronti periodici e coordinati
6.Gru3	Gestione risorse umane	Piano annuale	Implementazione della cultura manageriale dei livelli direttivi delle strutture sociosanitarie	Corsi di formazione
6.Gru4	Gestione risorse umane	Piano annuale	Consolidamento rete URP e UPT delle strutture sociosanitarie	% strutture aderenti al network
6.Gru5	Gestione risorse umane	Carta dei servizi in linea	Pubblicazione tempi di attesa Pubblicazione rilevazioni customer satisfaction	% strutture aderenti alla pubblicazione dati
6.Gru6	Gestione risorse umane	Piano annuale	Valorizzazione associazionismo	N. eventi e di confronti

I cittadini, in tutte le diverse forme di aggregazione e strutturazione sociale, rappresentano il punto focale di riferimento delle politiche socio-sanitarie regionali.

Per superare la frammentarietà che ha caratterizzato le politiche di intervento realizzate in questi anni, che obbligatoriamente hanno dovuto concentrarsi su ben precise categorie deboli di popolazione per analizzarne i bisogni nella loro specificità, si rende ora indispensabile modificare l'approccio alla "fragilità" contestualizzando il bisogno del singolo all'interno del suo contesto di vita, rappresentato innanzitutto dal nucleo familiare, piuttosto che dalla comunità amicale o di vicinato. La famiglia quindi rappresenta il soggetto principale di una politica dei servizi che vuole essere innovativa e qualificata nella risposta ai bisogni.

Conseguentemente, il consolidamento del ruolo della famiglia diventa obiettivo centrale del presente Piano Socio-Sanitario in quanto il *principio di sussidiarietà* che caratterizza il nuovo Welfare pone la famiglia al centro del sistema socio-assistenziale e sanitario riconoscendole una duplice funzione sociale in quanto *ensore* privilegiato di bisogni e *produttore* solidale di risorse.

Realizzare una politica per la famiglia vuol dire promuovere la crescita del suo ruolo e del suo valore come risorsa primaria, come bene comune e come soggetto sociale titolare di diritti e non solo come aiuto della stessa in momenti di debolezza e difficoltà.

Le politiche sociosanitarie e di assistenza alla famiglia ed ai suoi componenti devono essere realizzate attraverso un approccio centrato sul nucleo familiare, in raccordo con il sistema dei servizi.

In questo senso la l.r. 23/99 "Politiche Regionali per la famiglia" nel riconoscere la famiglia quale soggetto politicamente rilevante assegna alla stessa un ruolo fondamentale nella capacità di auto-organizzazione e di fornire pertanto «servizio» sia al proprio interno, in cui possono essere presenti situazioni di fragilità, sia all'esterno, quando essa assume un ruolo nella rete parentale, amicale, di buon vicinato verso una singola persona in difficoltà o di un nucleo familiare debole.

La stessa legge regionale assumendo una prospettiva di reale sussidiarietà apre spazi di innovazione per quanto riguarda:

- l'orientamento delle politiche sociali a sostegno della famiglia, vero e proprio luogo di solidarietà attiva;
- la caratterizzazione degli interventi a sostegno della famiglia come fattori di mobilitazione di risorse potenzialmente presenti in essa, che assicurino la sua autonoma capacità di risposta al bisogno. Ciò comporta il superamento del concetto di famiglia come mera destinataria delle prestazioni dei servizi, coinvolgendola attivamente nel processo di produzioni di tali prestazioni;
- l'inserimento degli interventi in un quadro di riferimento caratterizzato:
 - dalla promozione delle reti di solidarietà primaria e dell'associazionismo familiare;
 - dal sostegno a progetti relativi ai servizi organizzati direttamente dalle associazioni di solidarietà familiare;

- dall'incentivazione a soggetti sociali nel promuovere sinergie di rete che concorrono a realizzare un empowerment delle famiglie e delle comunità;
- dell'introduzione di processi di valutazione dell'efficacia delle prestazioni provenienti dalle associazioni familiari, dalle organizzazioni di terzo settore e dalle entità istituzionali.

La famiglia svolge altresì un ruolo importante dal punto di vista "educativo" nel diffondere il principio etico sociale di *sussidiarietà orizzontale*, principio-attraverso cui le formazioni sociali possono ottenere l'autosoddisfamento dei propri bisogni.

Le famiglie esprimono inoltre una domanda di flessibilità: flessibilità degli orari dei servizi offerti come gli asili nido e le scuole dell'infanzia, flessibilità dei tempi della città, flessibilità dell'organizzazione del lavoro. Promuovere e valorizzare la famiglia vuol dire anche fare una politica della casa, come della scuola, della sanità, del territorio ecc. a "misura di famiglia"; vuol dire anche disporre di un sistema fiscale che tenga conto della composizione delle famiglie per una equa distribuzione dei redditi e dei beni sociali.

Perché la famiglia possa svolgere appieno il proprio ruolo è assolutamente indispensabile diffondere e qualificare il processo di informazione, soprattutto riqualificando la relazione tra istituzioni e famiglia: la stessa complessità organizzativa delle istituzioni pubbliche, nonché del sistema dei servizi socio-sanitari e sociale non facilita la relazione con le famiglie e crea difficoltà di approccio per categorie di persone più deboli.

In questo quadro si ribadisce la funzione strategica della comunicazione, dove il compito delle istituzioni è quello di imparare ad ascoltare ciò che le famiglie esprimono, per interpretarne i bisogni e quindi definire correttamente le politiche d'intervento.

La comunicazione deve consentire: il passaggio di informazioni sulle modalità di offerta di servizi per permettere alle famiglie di sapere sempre e con esattezza "chi fa cosa", per esercitare pienamente il diritto di libera scelta, favorendo il progressivo avvicinamento dell'istituzione ai cittadini, alle famiglie ed alle associazioni di famiglie.

La libertà di scelta del servizio potrà favorire rapporti di fiducia tra i cittadini, le famiglie e gli operatori. A questo scopo bisogna mirare ad ottenere che, per quanto possibile, la scelta dell'operatore sociale non possa prescindere dalla condivisione degli utenti.

7 - Sviluppo delle funzioni di comunicazione e di relazione con il pubblico per il contesto socio assistenziale

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
7.I1	Istituzionale	Carta dei servizi	Pubblicazione e diffusione in ogni ambito; Rilevazione customer satisfaction;	Pubblicazione o inserimento on line; Nel triennio, tutti i servizi hanno avuto una rilevazione customer satisfaction
7.I2	istituzionale	Realizzazione di "intese" tra EELL, ASL, terzo settore, famiglie	Elaborazione di strategie di comunicazione condivise; Valorizzazione dell'associazionismo	N. eventi ed iniziative informative; N. associazioni di familiari iscritte nel registro regionale
7.Gru1	Gestione risorse umane	Piano annuale	Aggiornamento degli operatori pubblici e privati per diffondere la nuova cultura	N. operatori pubblici e privati coinvolti/totale operatori pubblici e privati

LA DOMANDA

QUADRO SULLA POPOLAZIONE, SULLE CARATTERISTICHE E SUI CONSUMI SANITARI

Gli oltre nove milioni di cittadini lombardi presenti all'inizio del terzo millennio costituiscono più di un sesto della popolazione italiana e presentano le caratteristiche demografiche in ordine all'età, al sesso e alla distribuzione territoriale sintetizzate nelle tabelle seguenti.

Popolazione residente in Lombardia

Età	1991					
	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
00-14	631.588	14,76	599.681	13,10	1.231.269	13,90
15-64	3.167.474	74,01	3.171.916	69,32	6.339.390	71,58
65-79	399.187	9,33	597.130	13,05	996.317	11,25
80+	81.808	1,91	207.290	4,53	289.098	3,26
Totale	4.280.057	100,00	4.576.017	100,00	8.856.074	100,00
> 65	480.995	11,24	804.420	17,58	1.285.415	14,51

Età	1999					
	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
00-14	603.074	13,77	569.039	12,24	1.172.113	12,98
15-64	3.179.747	72,62	3.129.911	67,31	6.309.658	69,88
65-79	503.692	11,50	705.774	15,18	1.209.466	13,40
80+	92.104	2,10	245.578	5,28	337.682	3,74
Totale	4.378.617	100,00	4.650.302	100,00	9.028.919	100,00
> 65	595.796	13,61	951.352	20,46	1.547.148	17,14

Età	Proiezioni 2011					
	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
00-14	543.055	12,82	511.360	11,50	1.054.415	11,91
15-64	2.961.955	69,93	2.867.485	64,50	5.829.439	65,82
65-79	585.277	13,82	766.740	17,25	1.352.016	15,27
80+	145.594	3,44	300.267	6,75	445.860	5,03
Totale	4.235.881	100,00	4.445.850	100,00	8.681.731	100,00
> 65	730.871	17,25	1.067.006	24,00	1.797.877	20,30

L'evidente invecchiamento della popolazione sia percentualmente sia come numero assoluto (un delta di oltre 250.000 persone maggiori di 65 anni e 108.000 superiori a 80 anni), pone evidentemente sia il problema dei servizi a favore degli anziani, sia quello di un probabile incremento delle prestazioni sanitarie.

Appare importante valutare l'impatto sulle modalità di erogazione delle prestazioni, sulla distribuzione dei servizi territoriali, sull'assistenza domiciliare.

Le caratteristiche della popolazione da un lato e la struttura dei consumi dall'altro, spingono a sviluppare politiche che sappiano arricchire le modalità di offerta e nello stesso tempo promuovere una forte attenzione alla verifica delle caratteristiche dei consumi sanitari.

La situazione nelle diverse ASL della struttura della popolazione⁵, dice di forti differenze del territorio lombardo: la composizione della popolazione particolarmente anziana delle ASL di Pavia, Milano Città e Mantova rispetto a quella giovane delle ASL di Bergamo, Sondrio e Milano 2. Occorre poi considerare anche le dimensioni delle ASL: a parte la piccola ASL della Vallecamonica si hanno situazioni molto differenziate che implicano diverse modalità organizzative e di acquisto di servizi. Ciò implica una autonomia aziendale che sia in grado di predisporre specifici programmi di tutela e specifici contratti con le aziende erogatrici

Le differenze di consumi che si registrano tra le ASL indicano diversità di accessi alle prestazioni sanitarie e differenti modalità di consumo. Su queste differenze è necessario riflettere a livello regionale e di singole ASL. In particolare, in una situazione complessiva regionale in linea con i parametri dettati a livello nazionale, è opportuno notare che sembra non esserci sempre una correlazione diretta fra l'alta percentuale di popolazione anziana e tasso di ospedalizzazione in regime ordinario ciò a dimostrazione che l'analisi del consumo delle prestazioni ospedaliere richiede l'utilizzo di altri parametri (esempio: usi, consuetudini, unità di offerta) da riferirsi al singolo livello provinciale.

Di seguito si riporta il quadro, per singola ASL, dei consumi di ricovero ospedaliero nelle diverse tipologie riportando in numero assoluto i casi registrati e la spesa sostenuta.

Composizione percentuale della popolazione residente per ASL - Anno 1999

	00-14	15-64	65-79	80+	Totale	>65
A01-Bergamo	14,6	70,4	11,9	3,1	956.179	15,0
A02-Brescia	13,9	70,0	12,7	3,4	992.409	16,1
A03-Como	13,7	69,5	13,0	3,8	537.096	16,8
A04-Cremona	12,2	68,2	15,5	4,2	333.079	19,7
A05-Lecco	13,9	69,5	12,9	3,6	307.507	16,6
A06-Lodi	13,1	69,7	13,7	3,5	201.464	17,2
A07-Mantova	11,6	67,6	15,9	4,9	372.021	20,8
A08-Milano Città	10,4	68,2	16,4	5,0	1.307.785	21,3
A09-Milano 1	13,7	71,9	11,5	2,8	919.786	14,4
A10-Milano 2	14,1	73,0	10,4	2,4	513.544	12,9
A11-Milano 3	13,1	71,5	12,4	3,0	1.004.651	15,4
A12-Pavia	11,1	67,0	16,6	5,3	496.409	21,8
A13-Sondrio	14,5	68,9	12,6	3,9	177.466	16,5
A14-Varese	13,2	69,6	13,2	4,0	813.586	17,1
A15-ValleCamonica	13,8	70,3	12,5	3,3	95.937	15,9
Totale complessivo	13,0	69,9	13,4	3,7	9.028.919	17,1

Tassi standardizzati (x 1000) di ricovero dei cittadini lombardi

ASL	1997	1998	1999	2000
BERGAMO	175,5	173,7	169,3	165,5
BRESCIA	248,3	244,2	220,7	214,8
COMO	178,4	175,8	161,4	160,2
CREMONA	193,4	188,8	182,4	178,9
LECCO	164,1	161,8	160,4	160,1
LODI	186,4	183,5	167,1	162,5
MANTOVA	191,0	187,4	181,6	173,6
MILANO CITTA'	157,2	156,7	149,5	148,5
MILANO 1 (Legnano)	167,6	171,4	158,8	155,4
MILANO 2 (Melegnano)	176,6	173,0	162,3	158,6
MILANO 3 (Monza)	163,2	161,8	150,5	149,3
PAVIA	178,6	172,9	167,7	166,5
SONDRIO	193,8	186,0	176,1	165,3
VARESE	159,0	157,6	152,5	146,7
VALLECAMONICA			210,9	202,3
Totale Regione	176,7	174,3	167,3	164,0

Note:

Tassi standardizzati per età, relativi ai ricoveri finanziati (senza il DRG 391 neonato sano), usufruiti dai cittadini lombardi in qualsiasi regione italiana

⁵ Il dato della popolazione al 31.12.2000 registra un aumento della popolazione complessiva che si attesta a 9.121.714 abitanti. L'aumento di popolazione ha interessato tutte le ASL.

consumi ricoveri in Lombardia per ASL

anno 2000

	Dati	day hospital	deg. Ordinaria	Riabil -lungodeg	Totale complessivo
301	casi	43.298	151.743	5.481	200.522
Bergamo	spesa	67.844.841	642.170.711	48.664.591	758.680.142
302	casi	41.449	200.302	10.215	251.966
Brescia	spesa	77.118.809	729.602.026	86.266.551	892.987.387
303	casi	20.532	83.214	4.550	108.296
Como	spesa	32.886.660	374.323.987	36.663.186	443.873.834
304	casi	12.799	58.776	3.367	74.942
Cremona	spesa	25123343,93	245796022,9	23393044,14	294312410,9
305	casi	10.035	47.941	2.526	60.502
Lecco	spesa	20.097.445	206.157.382	17.460.811	243.715.637
306	casi	10.706	30.250	1.606	42.562
Lodi	spesa	15.565.075	138.944.453	12.731.246	167.240.774
307	casi	13.023	57.190	3.230	73.443
Mantova	spesa	26.313.237	248.612.618	32.188.013	307.113.867
308	casi	84.169	191.254	13.215	288.638
Milano città	spesa	113.585.208	940.685.294	107.932.993	1.162.203.496
309	casi	43.716	131.048	7.059	181.823
Mi 1 (Legnano)	spesa	66.756.206	591.290.619	51.787.817	709.834.642
310	casi	22.958	73.097	3.153	99.208
Mi 2 (Melegnano)	spesa	32.779.114	331.349.007	24.158.576	388.286.697
311	casi	44.648	140.528	9.142	194.318
Mi 3 (Monza)	spesa	72.532.756	650.714.319	68.796.600	792.043.674
312	casi	27.480	80.304	5.748	113.532
Pavia	spesa	34.307.837	350.803.454	54.671.820	439.783.111
313	casi	10.579	27.687	2.636	40.902
Sondrio	spesa	12.365.466	120.168.501	14.473.332	147.007.298
314	casi	31.661	114.197	6.713	152.571
Varese	spesa	52.998.749	521.032.880	67.063.253	641.094.882
315	casi	4.106	18.744	487	23.337
Vallecamonica	spesa	6.197.950	71.211.479	4.005.513	81.414.942
casi totale		421.159	1.406.275	79.128	1.906.562
spesa totale		656.472.696	6.162.862.753	650.257.345	7.469.592.794

di lire al netto degli abbattimenti tariffari

Tasso di ospedalizzazione standardizzato dei Day Hospital per ASL, sesso e tipo di DRG, anno 2000.

ASL	Maschi			Femmine			tot.
	Chirurgico	Medico	Totale	Chirurgico	Medico	Totale	
Bergamo	7,2	48,3	55,5	11,7	41,0	52,7	54,1
Brescia	7,9	41,6	49,4	12,8	38,4	51,2	50,3
Como	6,2	44,1	50,3	9,5	36,1	45,5	47,9
Cremona	5,0	41,5	46,5	12,5	42,9	55,4	51,1
Lecco	5,5	45,3	50,8	9,6	42,2	51,7	51,3
Lodi	5,9	52,1	58,1	12,2	51,5	63,7	61,0
Mantova	4,9	43,3	48,2	10,8	48,0	58,8	53,7
Milano Città	7,9	49,8	57,7	14,8	50,9	65,7	62,0
Milano 1 (Legnano)	6,6	37,6	44,2	12,0	40,6	52,6	48,5
Milano 2 (Melegnano)	6,3	34,4	40,7	11,2	34,8	46,1	43,4
Milano 3 (Monza)	5,6	53,8	59,5	10,6	46,5	57,2	58,3
Pavia	6,0	39,6	45,5	12,9	39,3	52,2	49,0
Sondrio	7,1	41,5	48,6	11,4	46,5	57,9	53,4
Varese	6,7	35,1	41,8	9,9	35,2	45,1	43,5
Vallecamonica	5,6	33,0	38,6	10,7	31,1	41,8	40,2
REGIONE	6,6	43,8	50,4	11,8	42,2	54,0	52,3

Oltre ai dati di consumo delle prestazioni ospedaliere è interessante riportare i dati relativi alle prestazioni ambulatoriali ed ai consumi farmaceutici pro capite.

I fenomeni che incidono su questi dati sono molteplici tra cui da non sottovalutare l'accuratezza delle rilevazioni e la presenza di un mercato delle attività a pagamento soprattutto per le visite. Comunque, a parte la ASL di Sondrio, si hanno differenze relative modeste, che probabilmente sono destinate a crescere nella misura in cui aumenta l'offerta di prestazioni ambulatoriali. Il dato fornito è quello relativo all'anno 1999 trattandosi dell'ultima base dati consolidata.

Prestazioni ambulatoriali anno 1999

ASL	Prestazioni Pro-Capite	Lire Lorde Pro-Capite	Lire Lorde Pro-Prestazione
BERGAMO	10,9	216.769	19.886
BRESCIA	11,3	228.458	20.215
COMO	11,0	223.102	20.305
CREMONA	13,3	239.292	18.032
LECCO	9,7	187.720	19.260
LODI	11,1	219.110	19.725
MANTOVA	11,6	227.614	19.592
MILANO CITTA'	12,7	249.580	19.596
MILANO 1 (Legnano)	10,9	209.094	19.180
MILANO 2 (Melegnano)	11,3	219.852	19.488
MILANO 3 (Monza)	11,9	232.868	19.648
PAVIA	12,9	242.699	18.790
SONDRIO	7,6	157.901	20.909
VARESE	7,7	178.244	23.158
VALLECAMONICA	12,7	219.769	17.279
Totale Regione	11,2	221.537	19.778

REGIONE LOMBARDIA - SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE 2000 ⁽¹⁾

(Valori in migliaia)

Aziende	Consumi in Lombardia	Consumi fuori regione	Totale	Spesa Procapite ⁽²⁾
301 ASL BERGAMO	250.584.174	522.488	251.106.662	260,0
302 ASL BRESCIA	308.235.094	700.529	308.935.624	307,7
303 ASL COMO	151.817.778	415.612	152.233.390	283,4
304 ASL CREMONA	99.438.072	308.643	99.746.715	296,7
305 ASL LECCO	78.689.523	153.922	78.843.444	253,4
306 ASL LODI	56.095.676	163.546	56.259.222	276,6
307 ASL MANTOVA	112.449.256	642.059	113.091.315	301,0
308 ASL MILANO CITTA'	401.023.547	7.414.699	408.438.246	309,8
309 ASL MILANO N° 1	228.089.284	341.376	228.430.660	245,9
310 ASL MILANO N° 2	130.551.814	144.302	130.696.115	253,6
311 ASL MILANO N° 3	264.211.186	344.625	264.555.811	261,3
312 ASL PAVIA	149.897.804	720.054	150.617.858	302,1
313 ASL SONDRIO	42.071.445	99.099	42.170.543	237,3
314 ASL VARESE	225.519.020	776.957	226.295.976	277,9
315 ASL VALCAMONICA	29.487.735	15.424	29.503.158	307,0
316 TOTALE A.S.L. SENZA PRESIDI	2.250.608.748	11.765.210	2.262.373.958	278,6
317 TOTALE A.S.L. CON PRESIDI	277.552.659	998.122	278.550.782	285,5
318 TOTALE A.S.L.	2.528.161.407	12.763.333	2.540.924.740	279,4

Note:

- (1) La spesa farmaceutica territoriale comprende: specialità medicinali, ossigeno, galenici, dietetica e protesica;
(2) Popolazione assistita assoluta utilizzata nella DGR nr. 943 del 3/8/2000, aggiornata al 23/12/1999.

Anche in questo caso i consumi registrano una significativa variabilità a livello provinciale con una possibile relazione fra la presenza di popolazione anziana e maggiori consumi.

Le modifiche normative introdotte dal 1° gennaio 2001 in materia di partecipazione alla spesa farmaceutica hanno fatto registrare significativi aumenti sui volumi di spesa, in tal senso l'accordo 8 agosto 2001 fra Stato Regioni prevede l'impegno da parte del Governo ad adottare una serie di misure volte al contenimento della spesa farmaceutica.

Fra i progetti prioritari regionali vi è quello sullo sviluppo della politica del farmaco.

I dati relativi alla spesa pro capite per livello di assistenza sono riferiti all'anno 2000, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera e quella farmaceutica, mentre il dato dell'ambulatoriale è riferito all'anno 1999 in quanto risale a quell'anno l'ultima base dati consolidata. La presentazione di tali dati consente di fotografare le abitudini al consumo e non sottende alcun giudizio in ordine alla gestione delle singole ASL provinciali.

Spesa procapite per alcuni livelli di assistenza *

ASL	Ricoveri	Ambulatoriale	Farmaceutica	Totale
BERGAMO	810,624	216,769	260,043	1287,436
BRESCIA	938,601	228,458	307,665	1474,724
COMO	843,971	223,102	283,355	1350,428
CREMONA	929,018	239,292	296,702	1465,012
LECCO	808,393	187,720	253,411	1249,524
LODI	895,752	219,110	276,648	1391,510
MANTOVA	994,274	227,614	300,958	1522,846
MILANO CITTA'	955,206	249,580	309,777	1514,563
MILANO 1 (Legnano)	803,327	209,094	245,899	1258,320
MILANO 2 (Melegnano)	791,093	219,852	253,602	1264,547
MILANO 3 (Monza)	816,461	232,868	261,275	1310,604
PAVIA	954,310	242,699	302,143	1499,152
SONDRIO	846,949	157,901	237,342	1242,192
VARESE	817,602	178,244	277,928	1273,774
VALLECAMONICA	870,201	219,769	307,029	1397,000
Totale Regione	870,045	221,537	279,361	1370,943

*spesa in migliaia di lire

IL RUOLO DELLA ASL

Alla luce del quadro della domanda ad oggi esistente si sviluppa il ruolo dell'ASL quale garante del cittadino e acquirente delle prestazioni con la necessità di rafforzare la funzione di programmazione, acquisto, vigilanza e controllo delle prestazioni socio-sanitarie. Quanto sopra può essere realizzato anche attraverso una graduale esternalizzazione dei servizi che oggi rimangono a gestione diretta, permettendo alle ASL di concentrarsi sul governo della domanda e sugli insostituibili compiti di vigilanza e controllo. Alcune prestazioni socio-sanitarie e sociali ancora oggi fornite dalla ASL

debbono essere inserite in progetti che prevedano la possibilità di essere cedute a soggetti erogatori istituzionali (AO e strutture private accreditate) o anche a nuovi soggetti (associazioni di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, agenzie di servizi alla persona pubbliche o private, profit o non profit, fermo restando il rapporto convenzionale individuale dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta a garanzia del rapporto fiduciario con il cittadino e della personalità della prestazione professionale medica).

In particolare va tenuta presente la grande concentrazione di piccole e medie imprese presenti sul territorio ed ai pesanti vincoli a cui sono soggette nella progettazione e nello sviluppo delle loro attività. Sull'esempio della normativa di autocontrollo sulla produzione e manipolazione di alimenti (HACCP) e nell'ottica di una effettiva semplificazione delle procedure amministrative, sarà importante studiare forme di autocertificazione per ottemperare ai requisiti normativi.

In questo contesto occorre completare il processo di separazione fra acquirenti e produttori⁶ e dare pieno contenuto ai contratti tra ASL e soggetti erogatori. L'ASL dovrà sviluppare la propria capacità negoziale nei confronti dei soggetti erogatori attraverso:

- la definizione delle priorità in termini di fabbisogno e di allocazione delle risorse;
- la verifica della qualità dei servizi e della facilità di informazione, prenotazione ed accesso da parte degli utenti;
- la promozione dell'appropriatezza delle prestazioni e delle innovazioni di servizio;
- il controllo della dinamica dei costi con la definizione dei criteri di compatibilità economica e finanziaria.

Due, quindi, sono gli ambiti che devono essere sviluppati: *la definizione* di un sistema di classificazione delle attività territoriali, superando le difficoltà rispetto all'adozione di metodologie di descrizione dei servizi resi, che permetta la creazione di un sistema di remunerazione delle prestazioni e *la definizione* dei requisiti autorizzativi e di accreditamento che indichino gli standard di qualità richiesti per l'erogazione a carico del servizio sanitario e sociosanitario.

E' evidente che le criticità che oggi sono presenti, soprattutto la scarsa presenza di offerta privata, il fatto che le regole di sistema per il governo di questo settore non trovano precedenti a cui fare riferimento ed i riflessi che questi cambiamenti avranno sull'organizzazione delle aziende pubbliche, inducono a considerare i tempi della loro implementazione che potrà dover scontare una gradualità maggiore rispetto a quanto messo in campo nel settore ospedaliero.

8 - Completamento del modello lombardo

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
8.I1	Istituzionale	Sperimentazione gestionale	Provvedimenti attuativi della sperimentazione	Completa separazione fra soggetti acquirenti e erogatori
8.I2	Istituzionale	Sperimentazione gestionale	Rafforzamento del ruolo di acquirente di prestazioni	% attività di erogazione di servizi sul totale attività
8.I3	Istituzionale	Sperimentazione gestionale	Ridefinizione dei contenuti dei contratti e avvio del sistema contrattuale nell'area sociosanitaria e sociale	N. contratti ridefiniti nei contenuti
8.I4	Istituzionale	Sperimentazione gestionale	Definizione criteri di autorizzazione e accreditamento per strutture territoriali	N. strutture territoriali autorizzate/accreditate
8.I5	Istituzionale	Sperimentazione gestionale	Definizione di una lista di prestazioni territoriali tariffabili	Delibera tariffe prestazioni territoriali
8.GE1	Gestionale	PST	Stimolare il migliore utilizzo delle risorse	Costo per assistito per ASL per Livello di assistenza. Utilizzo di indicatori di qualità/quantità a fronte dei costi totali

Il ruolo della ASL dovrà essere studiato in modo da consentire non solo un coinvolgimento nella programmazione delle attività/servizi da parte degli EE.LL., come già previsto dalla legge regionale 31/97, ma anche una loro più continua e diretta partecipazione alle decisioni in merito alle risposte ai bisogni espressi dalle comunità locali e da una conseguente allocazione delle risorse attraverso un loro coinvolgimento nell'azienda accompagnato da una corrispondente responsabilizzazione economica.

In tal senso l'ASL potrà vedere la trasformazione della propria forma giuridica configurandosi quale soggetto di "partecipazione".

⁶ L'approvazione, da parte della conferenza Stato-Regioni, del progetto di sperimentazione gestionale che prevede il "Completamento dell'attuazione del sistema sanitario previsto dalla l.r. 31/97 della Regione Lombardia come modello sperimentale di organizzazione delle strutture sanitarie e di gestione delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche e monitoraggio dei risultati" conclude, di fatto, la sperimentazione che ha coinvolto le province di Pavia, Lodi, Sondrio nonché l'assetto della Vallecarnonica e permette il completamento della distinzione fra acquirenti e erogatori. in relazione ai reali bisogni degli assistiti.

Sono in ogni caso favorite ed incentivate le forme di collaborazione e aggregazione tra ASL che possono favorire la messa in comune di servizi di supporto, la capacità negoziale ed altro.

Per il Triennio di vigenza del Piano, nel pieno mantenimento in capo alla ASL della titolarità e della gestione diretta dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, le ASL potranno sperimentare forme di esternalizzazione negli ambiti delle attività di prevenzione rivolte alle persone, (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce), con riferimento all'accordo sui LEA raggiunto in sede di conferenza Stato-Regioni il 22/11/2001, fatte salve le esperienze già in atto e le previsioni normative regionali, nazionali e comunitarie.

Il distretto socio sanitario

Le aziende sanitarie locali hanno quindi la responsabilità della garanzia assistenziale e della tutela della salute di popolazioni definite, con impegno di risorse predeterminato per garantire servizi corretti, adeguati, appropriati, uniformi, non tanto sul lato dell'offerta, quanto sui risultati di salute da garantire.

Il distretto socio sanitario configurandosi come "area sistema", grazie alla presenza simultanea dei tre momenti specifici di intervento (sanitario, socio sanitario e sociale) e alla complementarità delle diverse reti d'offerta, può rappresentare la dimensione idonea per conoscere la domanda di salute e di benessere sociale e coordinare e integrare i soggetti erogatori, favorendo lo sviluppo delle sinergie derivanti dall'interazione degli operatori presenti ed operanti sul territorio.

La realizzazione di un sistema integrato di erogazione dei servizi sociali e ad elevata integrazione socio-sanitaria si attua attraverso la gestione unitaria dei servizi in ambiti territoriali omogenei e la delega da parte dei Comuni della gestione dei servizi stessi all'azienda sanitaria locale o, in alternativa, la stipula di accordi di programma tra gli enti interessati. L'ambito territoriale per la gestione unitaria di tali servizi è coincidente, di norma, con i distretti.

Il distretto è quindi l'articolazione gestionale che potrebbe consentire di governare i processi integrati, in particolare assume la funzione di organismo di governo del budget distrettuale, ricercando in questo la collaborazione attiva dei centri di responsabilità insistenti sul territorio di riferimento (es. Gruppo delle Cure Primarie).

Esso potrebbe raggiungere la dimensione ritenuta ottimale (fatte salve le specificità locali legate a particolari condizioni geografiche) di almeno 100.000 abitanti per i quali svolgere le funzioni di analisi della domanda, committenza ed acquisto delle prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali adeguate e necessarie, dagli erogatori presenti sul territorio di riferimento (GCP, aziende ospedaliere, IPAB, RSA, soggetti terzi quali associazioni di Specialisti, di Infermieri ecc.).

La missione strategica del distretto è rappresentata da:

- ◆ lo sviluppo nell'informazione, nell'educazione, nella guida delle scelte del cittadino;
- ◆ il corretto utilizzo degli strumenti informativi e organizzativi della medicina generale e della pediatria di libera scelta;
- ◆ la definizione e l'incentivazione di azioni per obiettivi e della presa in carico per problemi;
- ◆ il coinvolgimento della medicina generale e pediatria di libera scelta nella lettura dei fatti sanitari con la messa in relazione e l'integrazione delle informazioni di processo, possedute dai MMG/PLS, e le informazioni di consumo, di azione sanitaria, di risultato di salute, in possesso del distretto;
- ◆ l'erogazione integrata delle prestazioni tra i diversi livelli, di base e specialistico, consentita dalle nuove possibilità di allocazione fisica, telematica, informatica di tecnologia e cultura sanitaria nel territorio;
- ◆ il supporto alla definizione dei contratti con le strutture erogatrici;
- ◆ la sperimentazione del budget come strumento operativo di programmazione e controllo della medicina territoriale, come previsto dalla normativa vigente.

Il ruolo del distretto si esplica anche all'interno della rete complessiva dei Servizi/ Interventi socio sanitari e sociali in cui possono individuarsi quelli con funzione di supporto alla famiglia e quelli di natura sostitutiva, laddove non vi sia più un "care giver" familiare perché venuto meno, o perché non ha la capacità e le risorse per farsi carico della elevata condizione di fragilità del proprio congiunto.

Nel primo sottosistema di servizi ed interventi rientrano tutte quelle opportunità che garantiscono alla persona disabile o anziana con gravi limitazioni nell'autosufficienza e nell'autonomia personale di permanere o nell'ambito familiare d'origine oppure presso altri nuclei familiari o strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare. Tali opportunità sono offerte da servizi o interventi:

- ◆ a regime domiciliare: cure domiciliari di natura sanitaria e sociale, buono socio sanitario e vaucher, telesoccorso;
- ◆ a regime semiresidenziale: centri diurni (centri socio educativi e centri diurni integrati, servizi di formazione all'autonomia per disabili);
- ◆ a regime residenziale: per interventi temporanei o a tempo indeterminato, ma non configurabili come cure continuative di lungoassistenza ad alto rilievo sanitario: ricoveri di sollievo, l'assistenza notturna, le convivenze assistite, gli alloggi protetti, le comunità alloggio.

Alcuni di questi servizi/interventi attualmente attivati per anziani con gravi limitazioni, possono essere altresì indirizzati a persone non particolarmente compromesse ma che, se non debitamente supportate, rischiano di vedere deteriorati i propri livelli di autosufficienza e/o di autonomia. In questo caso la funzione svolta da tali modalità è di natura preventiva, si connota maggiormente come risposta socio-assistenziale e, unitamente ad altri interventi realizzati

esclusivamente dai Comuni (ad esempio i centri diurni sociali a scopo ricreativo-culturale), impediscono un ricorso improprio a strutture ad alta integrazione sanitaria.

Per quanto riguarda invece le persone disabili alcune di queste modalità, progettate e realizzate per persone con discreti livelli di autosufficienza ed un potenziale di autonomia sviluppabile, possono essere proposte altresì a favore di persone che, a seguito di eventi traumatici, hanno perso l'autonomia e devono essere pertanto aiutati a riconquistare e a riadattarsi a "nuovi" livelli di autonomia. Ciò significa che tali modalità non hanno più solo una connotazione socio-assistenziale ma assumono un rilievo sanitario.

Del secondo sottosistema fanno parte le RSA, le RSH e le strutture riabilitative.

9 - Rafforzamento delle reti distrettuale

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
9. GE1	Gestionale	Budget di distretto	Governo della domanda	N distretti con budget per ASL
9. AC1	Assistenza e cura	Individuazione della modalità appropriata di assistenza	Supporto al singolo e alla famiglia	N di servizi realizzati

Un ulteriore aspetto da considerare, nell'ambito del ruolo dell'ASL è quello relativo al miglioramento dell'accessibilità alle strutture sanitarie.

Con la piena attuazione della Legge 31/97 e con l'equiparazione delle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate per quanto riguarda l'attività di ricovero, la necessità che emerge ora è quella, anche per le prestazioni ambulatoriali, di favorire l'accessibilità del cittadino a tutte le strutture sanitarie del territorio. Infatti, come è noto, solo le strutture pubbliche o assimilate hanno capacità prescrittiva e pertanto, in questo ambito, la libertà di scelta sancita dalla riforma lombarda trova alcune difficoltà in fase operativa per quanto riguarda gli accessi successivi al primo. La tematica è particolarmente delicata in quanto sono da compensare i diritti del paziente, le potenzialità delle strutture erogatrici, il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, le condizioni economiche del sistema.

Si tratta di porre le strutture accreditate, pubbliche e private, nelle stesse condizioni garantendo alcune regole per assicurare l'appropriatezza delle prestazioni erogate e per contenere la spesa pubblica. Una via da percorrere è l'implementazione dell'utilizzo dei percorsi diagnostici terapeutici per le prestazioni ambulatoriali, in analogia con quanto già attuato con il contratto per le prestazioni di ricovero e cura. Il percorso organizzativo deve prevedere la definizione, da parte delle strutture erogatrici accreditate e dell'ASL competente per territorio, in accordo con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, di percorsi diagnostici terapeutici per le principali patologie trattate a livello ambulatoriale, definendo per ognuna le prestazioni interessate per il trattamento del paziente per un periodo massimo di un anno. Si tratta, in sostanza, di affidare alla struttura accreditata, per un tempo definito e necessario, il trattamento del paziente su particolari patologie rilevanti trattate o per specialità particolari, quali l'odontoiatria o la neuropsichiatria infantile, per le quali le competenze specialistiche risultano vincolanti e ripetute nel tempo, accumulando un numero considerevole di accessi prescritti direttamente dal medico specialista. In quest'ottica il trattamento del paziente presso la struttura accreditata è vincolato all'esecuzione delle prestazioni considerate nei percorsi diagnostico terapeutici, rimandando alla prescrizione del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta per eventuali prestazioni al di fuori di quelle considerate, su proposta dello specialista della struttura accreditata definendo di fatto, in questa specifica situazione, il ruolo di "prescrittore unico" del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta. I percorsi possono riguardare anche le prestazioni necessarie dopo la dimissione dei pazienti, per i controlli di merito. L'organizzazione sopra individuata può essere uno stimolo ed una modalità per sperimentare i PDT per l'attività ambulatoriale, coinvolgendo successivamente anche le strutture pubbliche e ipotizzando anche la remunerazione per pacchetti di prestazioni.

10 - Maggiore accessibilità

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
10. AP1	Assistenza/programmazione	Protocollo	Utilizzo PDT	N. di PDT utilizzati a livello ASL

Pertanto occorre innanzitutto procedere all'emanazione delle linee guida relative all'atto di indirizzo delle ASL, liberandole dagli attuali vincoli e permettere loro di assumere appieno il ruolo di soggetti pubblici di programmazione acquisto e controllo (PAC) esternalizzando la gestione delle attività socio-sanitarie.

L'OFFERTA

In tutti i Paesi industrializzati la distribuzione e la composizione dell'offerta di servizi sanitari è oggetto di interventi di politica sanitaria, tenendo conto di due fenomeni:

- il livello dell'offerta influenza la domanda;
- negli ultimi anni evoluzione demografica, nuove opportunità di salute e diffusione del benessere impongono una diversa tipologia di servizi e strutture sanitarie.

Tutto ciò ha portato a marcate e comuni tendenze per quanto riguarda alcuni indicatori di funzionamento (degenza media, tasso di ospedalizzazione, ecc.) e di struttura (numero di letti, ecc.) e a politiche di organizzazione sanitaria miranti a ridurre la componente ospedaliera della spesa sanitaria a beneficio di interventi diversi quali l'assistenza domiciliare e ambulatoriale, la creazione di servizi diversi dal ricovero ospedaliero.

Nei maggiori Paesi, pur in presenza di modelli diversi, si tende a contenere la spesa ospedaliera in una percentuale vicina o inferiore al 40% del totale della spesa sanitaria.

L'Italia è in ritardo su questo fronte ed è quindi necessario, al fine di utilizzare le strutture ospedaliere in maniera più propria dell'attuale e rendere disponibili ai cittadini anche gli altri servizi di cui necessitano, accelerare questo processo. Alla luce di queste considerazioni la Giunta è impegnata a valorizzare politiche che tendano a riequilibrare la spesa sanitaria tra i diversi livelli di assistenza.

1. LA PREVENZIONE

La prevenzione nella Regione più popolata e più industrializzata d'Italia rappresenta ancora un aspetto cruciale per la promozione della salute, nonché un fattore di crescita civile e di sviluppo socio-economico equilibrato.

Tre aspetti qualificano e orientano gli obiettivi e le azioni per la prevenzione proposti per il triennio di validità del PSSR:

1. dall'obbligo normativo alla responsabilità: si afferma una concezione dell'intervento pubblico che si limita a definire pochi e significativi obblighi normativi, riservandosi alcune competenze di controllo e assegna alle responsabilità individuali la corretta gestione delle proprie scelte; con questi presupposti sono destinati ad esaurirsi o ad essere fortemente ridimensionati una serie di interventi di sanità pubblica obbligatori per legge (si pensi al solo esempio delle vaccinazioni e all'alta quota di risorse che potranno essere dirottate su altre prestazioni, nel caso di abbandono dell'obbligo vaccinale, oppure alla auspicata fine dell'obbligatorietà dei libretti sanitari per alimentaristi); adeguate risorse dovranno essere impegnate per garantire ai cittadini un'ideale informazione, che consenta agli stessi di esercitare in modo consapevole il nuovo ruolo di responsabilizzazione individuale nella gestione delle proprie scelte;
2. le profonde trasformazioni *demografiche, epidemiologiche e sociali*: invecchiamento della popolazione, aumento delle patologie cronico-degenerative, innovazioni nella tipologia del lavoro e cambiamento dei rischi ad esso connessi, caduta delle frontiere e globalizzazione, affacciarsi di nuove malattie e/o rischi (es. BSE, OGM), sono solo alcuni dei fenomeni che richiedono una revisione profonda e un rapido adeguamento del ruolo e delle scelte di priorità della sanità pubblica;
3. è sempre più evidente come la rigidità e l'univocità dei ruoli e delle competenze siano approcci inefficaci e perdenti (spesso anche accompagnati da elevati livelli di inefficienza) di fronte alla complessità dei problemi: interconnessione, multidisciplinarietà, gestione in rete sono gli strumenti cui deve adeguarsi la pratica operativa anche dei servizi di prevenzione.

I risultati della attività di prevenzione sulla salute della popolazione e sul generale mantenimento e miglioramento delle condizioni di *salute e sicurezza* degli ambienti di vita e di lavoro, sono i soli criteri che possono giustificare l'impegno dell'intero sistema sanitario in questa direzione.

Nonostante non sia agevole, in molti casi, dimostrare un legame di causalità diretta fra prevenzione e risultati di salute, se ne evidenziano in questa sede solo alcuni esempi significativi:

- epatite virale B in Lombardia: dal 1991 al 2000 si è registrato un decremento graduale di circa il 64% dei casi segnalati;
- AIDS: dal 1991 al 2000 si è registrato un decremento di circa il 57% dei nuovi casi segnalati, specie nell'ultimo triennio;
- salmonellosi: dal 1991 al 2000 si è registrato un decremento significativo di circa il 50% dei nuovi casi segnalati;
- infortuni mortali sul lavoro: malgrado i positivi risultati raggiunti (la Lombardia si colloca costantemente nelle posizioni più basse, sia per frequenza che per gravità, ampiamente al di sotto della media nazionale), l'infortunio sul lavoro resta ancora un grave problema dai costi umani e sociali pesanti (nel 2000 risultano segnalati all'INAIL 186 infortuni mortali): ulteriori e significativi risultati potranno ottenersi con l'azione integrata dei vari soggetti coinvolti, oltre l'ambito strettamente sanitario (INAIL, Associazioni sindacali e imprenditoriali, Ministeri interessati, università);

- tumori: la mortalità per tumore rappresenta ancora la seconda causa di morte in Lombardia, che rimane una fra le Regioni a più elevata mortalità per questa causa (i dati ISTAT relativi al 1996 collocano comunque la Lombardia dopo il Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Piemonte e Umbria): anche in questo settore risultati positivi saranno raggiunti con una azione congiunta e programmata fra i diversi soggetti coinvolti.

Le premesse sopra indicate delineano il percorso e gli indirizzi per l'intero settore della prevenzione e della sanità pubblica in particolare, per i prossimi anni:

- costruzione del sistema regionale della prevenzione: va definita e implementata la rete dei soggetti impegnati nella prevenzione, specificandone il ruolo, il livello di responsabilità, i meccanismi e le modalità di integrazione, relativamente alle grandi questioni sanitarie e ambientali da affrontare;
- revisione di tutte le attività svolte e le prestazioni erogate attraverso analisi e metodi basati sui seguenti criteri:
 - esistenza di prove di efficacia;
 - appropriatezza;
 - economicità;
- nuova dignità e ruolo della educazione alla salute e della informazione che sottolinea e agevola il ruolo delle responsabilità soggettive per quanto di competenza;
- ridefinizione del ruolo dei laboratori di sanità pubblica volti a fornire un supporto tecnico analitico alle ASL e alle realtà produttive sui fattori di rischio negli ambienti di vita e di lavoro (alimenti, farmaci, stupefacenti, cosmetici....);
- ridefinizione del sistema informativo della prevenzione, nell'ambito del sistema informativo socio sanitario regionale, coerente con la nuova impostazione data al sistema regionale prevenzione (in particolare va operata l'analisi e l'integrazione dei sistemi informativi dei vari enti e organismi coinvolti, ASL, ARPA, Province.....), finalizzato in particolare alla programmazione degli interventi, la verifica e la revisione della qualità, il monitoraggio dei risultati ottenuti;
- riferimento al contesto europeo e in particolare ai Programmi quadro di sanità pubblica della Unione Europea (per quanto riguarda l'igiene degli alimenti, la prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro, la radioprotezione dei pazienti, gli stili di vita,...);
- accreditamento delle attività di prevenzione attraverso la classificazione delle prestazioni e l'individuazione dei requisiti;
- l'attuazione di uno specifico Progetto regionale sulla Sicurezza Alimentare che, tenendo conto dei recenti scandali Diossina e BSE, potenzi l'attuale livello di controllo integrato della filiera agro-zootecnico-industriale con le necessarie risorse;
- rinnovata attenzione al contesto lavorativo, ambientale e sociale per l'identificazione, valutazione e prevenzione sia dei nuovi rischi emergenti sia dei rischi residui;
- implementazione di un sistema di reti di epidemia-sorveglianza veterinaria ai sensi del d.lgs. 22 maggio 1999, n. 196 (Attuazione della direttiva 97/12/CE).

2. LE CURE PRIMARIE

Numero abitanti, medici e n. medio di scelte al 31.12.2000 per provincia

ASL	POP ASSISTITA 2000	MMG*	Assistiti medi x MMG	PLS**	assistiti medi x PLS
Bergamo	953.991	760	1.151	89	837
Brescia	990.541	751	1.205	100	820
Como	531.957	423	1.146	54	795
Cremona	332.000	266	1.139	32	814
Lecco	307.577	251	1.125	34	753
Lodi	200.893	163	1.133	21	778
Mantova	370.000	311	1.093	35	816
MI Città	1.300.933	1.134	1.049	119	843
MI 1	916.609	723	1.150	114	778
MI 2	508.489	401	1.137	72	754
MI 3	999.394	810	1.120	122	788
Pavia	492.026	426	1.062	47	750
Sondrio	174.996	151	1.075	17	693
Varese	805.998	665	1.107	92	734
V. Camonica	94.639	75	1.171	8	762
Totali	8.980.043	7.310	1.124	956	781

*MMG: Medici di Medicina Generale

**PLS: Pediatri di Libera Scelta

Il cittadino al centro del sistema socio sanitario e il superamento della logica dell'intervento rivolto alla risoluzione del singolo episodio clinico a favore di un approccio integrato finalizzato a una gestione globale della salute del cittadino richiedono un modello di cure che faccia corrispondere continuità e variabilità di bisogni del paziente con la continuità e la variabilità della risposta assistenziale del sistema.

Tale cambiamento comporta in primo luogo l'integrazione organizzativa dei percorsi assistenziali intraospedalieri ed extraospedalieri e la formulazione di profili di cura, imperniati sul potenziamento delle cure primarie, particolarmente nella gestione delle patologie croniche, comprendenti nuove modalità di interlocuzione e strumenti di governo dei casi.

In secondo luogo comporta l'introduzione di modelli organizzativi e gestionali innovativi, al fine di delineare forme di continuità assistenziale e forme alternative al ricovero per la gestione territoriale dell'utente.

L'impulso alle cure primarie così delineato si pone, peraltro, come strumento effettivo di tutela della capacità di libera scelta del cittadino, nell'ambito di una medicina di qualità che risulti dalla fruizione di prestazioni efficaci ed appropriate, accettabili ed accessibili, economicamente compatibili.

Nel triennio di vigenza del piano, devono essere definite le funzioni e le competenze professionali ritenute indispensabili per una corretta ed attuale pratica della Medicina Generale.

Con provvedimento della Giunta regionale verrà individuato un percorso di formazione continua certificata dei professionisti, MMG e PLS, coerente con le previsioni normative inerenti l'ECM.

Le esperienze internazionali concordano nel dimostrare che la possibilità di una erogazione di cure primarie più adeguate alle attuali esigenze dei cittadini trova un'evoluzione naturale della pratica della Medicina Generale da attività esercitata da singoli professionisti isolati ad attività esercitata da gruppi di Medici di Medicina Generale (MMG) e di Pediatri di Libera Scelta (PLS) tra loro variamente associati.

La Regione Lombardia intende sperimentare l'associazionismo a livello di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta sperimentando la costituzione di Gruppi delle Cure Primarie (GCP) per i quali dovranno essere individuati idonei modelli previo confronto con le rappresentanze dei MMG, dei PLS e delle altre categorie interessate descrivibili come l'unità elementare di offerta integrata di competenze mediche, infermieristiche, riabilitative e specialistiche di primo livello. Il Gruppo delle Cure Primarie imperniato sui MMG/PLS, sui medici di continuità assistenziale in collaborazione con le altre professioni, sperimenterà la presa in carico delle problematiche di salute della popolazione che fa riferimento ai singoli MMG/PLS: tali problematiche, oltre alle attuali funzioni di diagnosi, terapia ed assistenza, potranno, a puro titolo esemplificativo, comprendere anche l'espletamento delle funzioni di prevenzione, la attivazione e la gestione di protocolli di cura integrati per le patologie croniche, il coordinamento ed il management del GCP, il necessario raccordo con il distretto.

Le forme associative possono essere individuate, quali soggetti qualificati a proporre e promuovere iniziative e progetti assistenziali da sottoporre alla contrattazione, nell'ambito di accordi regionali e aziendali. Su base volontaria possono aderire, configurandosi come centri di responsabilità territoriale, a specifici obiettivi del budget di distretto.

L'obiettivo finale dell'intervento sulle Cure Primarie rimane in ogni caso quello di assicurare alla popolazione quell'assistenza di primo livello di provata efficacia e di qualità adeguata e garantita cui essa ha diritto. E' comunque garantita per il cittadino la libertà di scelta del PLS e/o del MMG.

La Programmazione regionale delle Cure Primarie nel triennio 2002-2004

Il modello organizzativo di Cure Primarie delineato nella precedente sezione deve intendersi come un indirizzo strategico di riferimento approvato dal Consiglio regionale, alla cui attuazione graduale e definizione ulteriore provvederà la Giunta regionale con appositi provvedimenti previo parere della Commissione consiliare competente.

Il confronto dinamico tra l'indirizzo prima delineato e le esperienze maturate dalle ASL, indurrà la messa in campo graduale di iniziative di sperimentazione nell'area delle Cure Primarie, in un quadro di riferimento unitario e coordinato cui dovranno altresì essere ricondotte tutte le innovazioni delle Cure Primarie in corso nel territorio regionale.

Assicurare il Governo dell'innovazione

La complessità delle azioni volte a promuovere l'evoluzione delle Cure Primarie implica la necessità di strutturare, a livello di Direzione Generale Sanità, un sistema di valutazione delle sperimentazioni in corso, di validazione e disseminazione delle esperienze.

11 - Assicurare il Governo dell'innovazione nelle cure primarie

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
11. 11	Istituzionale	Gruppo di lavoro regionale	Definizione elenco patologie di interesse regionale da includere in iniziative di Governo clinico	Lista patologie di interesse regionale. Lista indicatori di processo, output e outcome

Favorire la creazione di reti tra i MMG/PLS

In attesa che il riassetto normativo della Medicina Generale consenta di precisare meglio gli aspetti relativi all'associazionismo tra MMG/PLS, viene confermata, l'aggregazione operativa dei MMG/PLS previo accordo con le OO.SS e secondo le direttrici principali di seguito descritte.

Sperimentazione di iniziative di governo clinico

Attraverso una attenta valutazione delle esperienze di governo clinico in atto e di valorizzazione dei risultati acquisiti, occorre poter giungere alla definizione di un quadro di riferimento regionale per tutte le iniziative di governo clinico, anche in relazione alla definizione delle modalità di erogazione degli incentivi previsti a livello nazionale e regionale.

12 – Sperimentazione di iniziative di interesse clinico

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
12. GE1	Gestionale	Sperimentazione gestionale	Intervento di gruppi di MMG/PLS nella valutazione del bisogno complessivo di salute della popolazione loro affidata in collaborazione con i competenti livelli ASL partecipando alla progettazione di interventi di riorganizzazione delle Cure Primarie nelle aree geografiche di riferimento	Indicatori di processo, output e outcome delle sperimentazioni
12. AC1	Assistenza e cura	Sperimentazione gestionale	Attivazione iniziative governo clinico sul territorio regionale	Numero associazioni di MMG/PLS coinvolte nelle iniziative di governo clinico. Indicatori di processo, output e outcome Indicatori di consumo delle risorse legato alle sperimentazioni
12. AC2	Assistenza e cura	Sperimentazione gestionale	Gestione integrata di patologie cronico degenerative a livello territoriale mediante l'intervento di diverse figure professionali coordinate dal MMG/PLS	N. di casi trattati vs. n. casi target. Indicatori di processo, output e outcome. Indicatori di qualità degli interventi. Valutazione economica degli interventi effettuati (vs. casi trattati in modo tradizionale).

b) Sperimentazione di livelli complessi di management

Una volta raggiunta, tramite le attività di cui al paragrafo precedente, una certa consuetudine da parte dei MMG/PLS al lavoro in team, le associazioni potranno essere coinvolte nella sperimentazione del management, primo gradino della attività di un Gruppo delle Cure Primarie. Si intende con questa espressione la presa di coscienza da parte dei MMG/PLS del proprio ruolo chiave non solo e soltanto sotto il profilo clinico ma anche sotto quello gestionale ed organizzativo. In questo caso, dato l'indubbio maggior impegno richiesto rispetto alla consueta attività professionale, la adesione dei MMG/PLS dovrà essere incentivata: data la diversità possibile da caso a caso, tali incentivi dovranno essere concordati a livello di ASL e stratificati in funzione della crescente complessità delle sperimentazioni proposte.

c) Integrazione con la specialistica territoriale ed ospedaliera

Le nuove modalità organizzative devono favorire un continuo collegamento con la rete dei professionisti che operano nell'ambito delle strutture specialistiche territoriali ed ospedaliere completando così la rete integrata dei servizi. Tali modalità organizzative vanno definite, sentite le associazioni sindacali e gli ordini interessati.

Definizione del percorso di accreditamento per gli erogatori delle Cure Primarie

L'attuale paradigma di servizio del MMG/PLS, combinato con il portato delle sperimentazioni cui si è fin qui fatto cenno, può dare origine ad una lista di funzioni utili per definire le competenze ritenute indispensabili per una moderna pratica della Medicina Generale. L'effettuazione della medesima operazione, integrata da una lista delle dotazioni strumentali, strutturali ed organizzative minime indispensabili, risulta propedeutica alla realizzazione di un percorso di accreditamento per le forme associative sperimentali. Detto percorso di accreditamento sarà sviluppato attraverso il confronto con le organizzazioni sindacali e l'identificazione degli ulteriori requisiti, ai sensi dell'art. 12 della l.r. 31/97, sarà approvata con provvedimento di Giunta regionale previo parere della Commissione consiliare competente. L'introduzione sperimentale di nuove modalità organizzative nell'ambito delle Cure Primarie dovrà comunque salvaguardare il rapporto individuale di fiducia tra cittadino e MMG/PLS, la libera scelta del medico e la personalità dell'erogazione delle prestazioni professionali mediche.

13 - Definizione del percorso di accreditamento per gli erogatori delle Cure Primarie

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
13.Q1	Qualità	Sperimentazione gestionale	Migliorare la accessibilità alle prestazioni del MMG/PLS	Aumento disponibilità di orari ambulatorio Quantità di personale di supporto impiegato negli studi professionali dei MMG/PLS Numero dei gruppi di MMG/PLS in grado di gestire la continuità assistenziale
13.Q2	Qualità	DGR	Definizione percorso di accreditamento per gli erogatori delle cure primarie	Requisiti di accreditamento per erogatori di cure primarie di differente livello di complessità

Il rinnovamento del modello retributivo del MMG/PLS costituisce uno dei presupposti indispensabili per una decisa riforma della organizzazione delle Cure Primarie e riveste contemporaneamente il ruolo di motore del cambiamento stesso. Nel corso di validità del presente Piano la Regione Lombardia intende pertanto, attraverso un confronto con le Organizzazioni Sindacali di categoria, giungere ad una revisione del modello retributivo del MMG/PLS che consenta di incentivare l'associazionismo e il lavoro in rete.

14. Innovazione nella retribuzione dei MMG/PLS

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
14.II	Istituzionale	Accordi regionali	- Integrazione quota capitaria in relazione a nuove funzioni e/o nuovi prodotti assistenziali resi disponibili al cittadino; - Individuazione di percorsi diagnostico terapeutici territoriali retribuibili "a pacchetto"	Definizione di una lista di prestazioni/funzioni/prodotti o di pacchetti di prestazioni.

L'obiettivo della Regione non è tuttavia la soppressione della quota capitaria, la quale rende conto di quella larga fetta di attività del MMG/PLS costituita da momenti di ascolto, di counseling e di supporto diretto al paziente ed erogazione di prestazioni routinarie assistenziali di base. La quota capitaria rappresenta l'insopprimibile estrinsecazione contrattuale del rapporto di fiducia tra medico e paziente. È piuttosto volontà della Regione agganciare i futuri aumenti retributivi del MMG/PLS a nuove funzioni effettivamente coperte ed a nuovi prodotti assistenziali effettivamente resi disponibili al cittadino, oltre ad una migliore valorizzazione delle attività effettivamente svolte.

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 secondo cui la formazione è articolata in tre fasi:

- la formazione di base di medico chirurgo;
- la formazione specifica in medicina generale;
- la formazione specialistica per il pediatra di libera scelta;
- 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 indispensabile 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. E' importante che ad ogni professionista sia garantita ampia possibilità di scelta fra più occasioni ad alta valenza formativa nell'ambito di un sistema efficace, efficiente, condiviso e supportato da finanziamenti specifici secondo gli obiettivi previsti dal PSN e dal PSSR.

In un contesto aziendale la formazione è da considerarsi anzitutto una delle leve strategiche attraverso cui l'azienda sanitaria locale consegue i propri obiettivi.

E' utile ricordare che l'aumento dell'attenzione sui risultati della pratica professionale (cioè i risultati in termini di salute degli individui e delle popolazioni) ha posto in evidenza due problematiche principali:

- la prima è la necessità di aumentare il lavoro in comune e la collaborazione fra i diversi professionisti del settore medico sanitario;
- la seconda è la necessità di orizzonti più ampi per la formazione continua. Il percorso di formazione continua degli operatori delle cure primarie dovrà inserirsi nel contesto generale dei processi di ECM previsti a livello nazionale.

La Regione, in stretta collaborazione con le istituzioni ordinistiche ed in particolar modo con le Federazioni Regionali degli Ordini, provvede alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua,

sentite le organizzazioni maggiormente rappresentative a livello regionale, concorrendo alla individuazione degli obiettivi di interesse nazionale, elaborando gli obiettivi di specifico interesse regionale e accreditando i progetti di formazione di rilievo regionale.

I temi della formazione obbligatoria saranno scelti, in modo da rispondere:

- a) ai bisogni professionali dei medici (evoluzione delle conoscenze scientifiche);
- b) ai bisogni organizzativi del servizio (programmi obiettivo), azioni programmate, qualità e quantità delle prestazioni, patologie emergenti, ecc.;
- c) ai bisogni emergenti dalla attuazione degli accordi regionali.

Innovazione tecnologica

Numerose sono le ricadute prevedibili sulle Cure Primarie in funzione delle sperimentazioni tecnologiche promosse negli anni scorsi dalla Regione Lombardia a livello nazionale ed internazionale. In particolare nel triennio di vigenza del Piano si prevedono i seguenti passi:

– **introduzione di call center**

I call center costituiscono il primo momento di interlocuzione del cittadino con il sistema socio-sanitario, al fine di offrire una modalità di accesso ai servizi semplice e comprensibile, non responsabilizzando, come avviene oggi, il singolo cittadino circa le modalità procedurali da esperire per l'ottenimento di quanto necessario; questo strumento deve essere integrato con i modelli organizzativi della Medicina Generale al fine di garantire un effettivo miglioramento della attuale capacità del sistema delle Cure Primarie di fornire una esauriente risposta alle esigenze del cittadino;

– **miglioramento dei flussi informativi**

La graduale applicazione di tecnologie informatiche alla trasmissione di dati clinici – così come dimostrato dal sito sperimentale del SISS di Lecco – consente di semplificare i percorsi del cittadino all'interno del sistema e permette ai sanitari di prendere decisioni più consapevoli grazie alla disponibilità di informazioni cliniche precise ed aggiornate. La sperimentazione di nuovi modelli organizzativi a livello di Cure Primarie deve essere anche l'occasione per applicare queste nuove possibilità all'interno della routine quotidiana, contribuendo a risolvere ad esempio i problemi relativi alla gestione di casi clinici su cui sia necessario l'intervento di diversi operatori sanitari.

3. ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA

3.1. Gli ospedali

Posti letto accreditati al 31.8.2001

AREA	p.l. ordinari	dh	totale
area chirurgica	17.489	1.219	18.708
area materno infantile	5.149	628	5.777
area medica	17.801	1.657	19.458
area riabilitativa	5.126	330	5.456
area intensiva	1.247	24	1.271
astanteria	37	-	37
centro dh/ds	-	222	222
totale	46.849	4.080	50.929

Distribuzione per ASL dei posti letto ordinari e dei posti letto di DH/DS per acuti e di riabilitazione – agosto 2001

ASL	P.L. ORD.	%	P.L. ORD + DH RIABILITAZIONE	%	P.L. DH/DS	%	TOTALE	%	POPOLAZIONE AL 31/12/2000	RAPPORTO POP./1000
BERGAMO	4.031	10%	378	7%	344	9%	4.753	9%	974.388	4,9
BRESCIA	5.127	12%	821	16%	456	12%	6.404	13%	1.016.426	6,3
COMO	2.007	5%	342	7%	233	6%	2.582	5%	542.606	4,8
CREMONA	1.831	4%	175	3%	111	3%	2.117	4%	335.700	6,3
LECCO	1.276	3%	190	4%	112	3%	1.578	3%	311.674	5,1
LODI	790	2%	55	1%	95	3%	940	2%	204.592	4,6
MANTOVA	1.380	3%	316	6%	121	3%	1.817	4%	376.184	4,8
CITTÀ DI MILANO	9.216	22%	877	17%	942	25%	11.035	22%	1.301.551	8,5
MILANO 1	3.075	7%	300	6%	226	6%	3.601	7%	930.478	3,9
MILANO 2	1.723	4%	70	1%	172	5%	1.965	4%	519.701	3,8
MILANO 3	3.255	8%	313	6%	332	9%	3.900	8%	1.014.862	3,8
PAVIA	3.105	7%	683	13%	254	7%	4.042	8%	499.197	8,1
SONDRIO	944	2%	157	3%	96	3%	1.197	2%	177.578	6,7
VARESE	3.772	9%	542	10%	273	7%	4.587	9%	820.575	5,6
VALLECAMONICA	387	1%	0	0%	24	1%	411	1%	96.202	4,3
TOTALE REGIONE	41.919		5.219		3.791		50.929		9.121.714	5,6

IN QUESTA TABELLA I POSTI LETTO ORDINARI (41.919) E DH/DS(3791) COMPREDONO LE SPECIALITA': LUNGODEGENTI/NEURORIABILITAZIONE E UNITA' SPINALE

Distribuzione posti letto per tipologia di struttura – agosto 2001

	deg.ord.	%	dh/ds	%	totale	%
Ospedali pubblici	31.484	67%	2.887	71%	34.371	67%
IRCCS pubb.	2.594	6%	261	6%	2.855	6%
Totale Pubblico	34.078	73%	3.148	77%	37.226	73%
Case di cura	8.430	18%	497	12%	8.927	18%
Ospedali classificati	1.459	3%	140	3%	1.599	3%
IRCCS priv.	2.882	6%	295	7%	3.177	6%
Totale Privato	12.771	27%	932	23%	13.703	27%
Totale Complessivo	46.849		4.080		50.929	
P.L. / 1.000 abitanti	5,14		0,45		5,58	

Posti letto per mille abitanti, anno 2001

Come si evince dai dati esposti in tabella, il tasso di posti letto ordinari per mille abitanti, pari al 5,2 per mille su base regionale, è in linea con le attuali indicazioni nazionali in quanto i posti letto per acuti sono pari al 4,6 per mille.

L'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 ha previsto l'impegno delle regioni di portare il tasso di posti letto per acuti al 4 per mille abitanti: il raggiungimento di tale obiettivo nel medio/lungo periodo comporterà una riduzione di circa 5400 posti letto.

Dopo l'entrata in vigore della legge regionale 31/97, in un contesto di competizione regolata, la rete ospedaliera, anche in ragione di regole di sistema rispettose del principio di libera scelta e della parità di diritti tra soggetti pubblici e privati, ha registrato profondi mutamenti.

Affermati questi principi, si tratta, in questa seconda fase di riforma, di meglio valorizzare la diversificazione esistente nell'offerta ospedaliera, non certo sulla base della natura giuridica del soggetto, ma su caratteristiche oggettive, legate a variabili assistenziali e

ASL	pl ord/ 1000 ab.	pl DH/ 1000 ab.	pl tot./ 1000 ab.
BG	4,6	0,4	5,0
BS	5,9	0,5	6,4
CO	4,4	0,4	4,8
CR	6,0	0,3	6,3
LC	4,7	0,4	5,1
LO	4,2	0,5	4,7
MN	4,5	0,4	4,9
MI Città	7,7	0,8	8,5
MI 1	3,6	0,3	3,9
MI 2	3,5	0,3	3,8
MI 3	3,5	0,4	3,9
PV	7,6	0,6	8,2
SO	6,1	0,6	6,7
VA	5,2	0,3	5,5
VC	4,0	0,3	4,3
Totale	5,2	0,4	5,6

organizzative che, se correttamente descritte e riconosciute, rappresentano una ricchezza e non certo una criticità.

E' inoltre tempo di ripensare alla coincidenza, affermata negli ultimi anni, tra posti letto autorizzati e posti letto accreditati. Tale equivalenza può portare, e in parte ha già portato, ad assorbire all'interno del Servizio Sanitario Regionale la quasi totalità dell'assistenza ospedaliera: un'offerta eccedente rispetto alle possibilità di accreditamento del SSR, oltre a favorire fenomeni di virtuosa concorrenza tra soggetti erogatori, favorisce lo sviluppo di mercati esterni al SSR in grado di accogliere la domanda di salute di alcuni segmenti di popolazione, senza mettere in discussione i principi costitutivi del Servizio Sanitario Nazionale.

Un ulteriore sforzo andrà, infine, compiuto per favorire l'integrazione dei diversi livelli di assistenza, consentendo l'erogazione di prestazioni afferenti a diversi livelli di assistenza, ma anche favorendo una contrattazione da parte delle ASL volta più all'acquisizione di pacchetti integrati di servizi che non di singole prestazioni.

La differenziazione delle strutture ospedaliere

All'interno della rete ospedaliera coesistono realtà organizzative e assistenziali solo apparentemente simili. Il riconoscimento e la corretta caratterizzazione di tali realtà deve portare ad un servizio sanitario più chiaramente leggibile per il cittadino e ad una migliore valorizzazione dei punti di eccellenza.

Innanzitutto si tratta di differenziare le strutture facenti parte della rete dell'emergenza urgenza da quelle strutture accreditate, che, per caratteristiche strutturali e organizzative, svolgono solo attività programmata.

Contemporaneamente deve essere attivato un processo di elaborazione di standard di accreditamento che rendano ragione delle differenze qualitative esistenti anche all'interno delle stesse discipline, riconoscendo la differenza del ruolo svolto da diversi soggetti erogatori.

15 - Identificazione della rete ospedaliera dedicata ad attività programmata

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
15.AP1	Assistenza/ Programmazione	Revisione DCR 932/97	Identificazione della rete ospedaliera dell'emergenza urgenza	Costituzione della nuova rete emergenza urgenza
15.A1	Accreditamento	Processo di accreditamento	Identificazione di requisiti legati a livelli qualitativi crescenti	Accreditamento per classi di qualità crescente

Riorganizzazione della rete ospedaliera

16 - Le funzioni specialistiche

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
16.AP1	Assistenza/ Programmazione	PSSR	Abrogazione DCR 755/97	Definizione dell'articolazione delle funzioni specialistiche

La DCR 755/97 si intende abrogata. Pertanto, le funzioni specialistiche che vengono assicurate dall'assetto ospedaliero lombardo sono le seguenti e così articolate:

SPECIALITÀ DI BASE

MEDICHE	CHIRURGICHE
Allergologia ed immunologia clinica	Audiologia e Foniatria
Angiologia	Chirurgia generale
Dermatologia e Venerologia	Oculistica
Endocrinologia	Odontoiatria
Gastroenterologia	Ortopedia e traumatologia
Geriatrics	Ostetricia e ginecologia
Malattie dell'apparato respiratorio	Otorinolaringoiatria
Malattie metaboliche e diabetologia	Urologia
Medicina d'accettazione e d'emergenza	Chirurgia d'accettazione e d'emergenza
Medicina interna	
Reumatologia	

Tali funzioni specialistiche sono assicurate mediante unità operative dotate di posti letto che operano in regime di ricovero ordinario, di ricovero a ciclo diurno (day-hospital; day-surgery), ambulatoriale e di ospedalizzazione domiciliare.

SPECIALITÀ A MEDIA ASSISTENZA

MEDICHE	CHIRURGICHE
Cardiologia	Chirurgia maxillo-facciale
Ematologia	Chirurgia pediatrica
Nefrologia e Dialisi	Chirurgia plastica e ricostruttiva
Neurologia	Chirurgia toracica
Neuropsichiatria infantile	Chirurgia vascolare
Oncologia	
Radioterapia oncologica	
Pediatria	
Cure Palliative	

Tali funzioni specialistiche sono assicurate mediante unità operative dotate di posti letto che operano in regime di ricovero ordinario, di ricovero a ciclo diurno (day-hospital; day-surgery), ambulatoriale e di ospedalizzazione domiciliare.

La disciplina di Nefrologia e Dialisi assicura le prestazioni dialitiche attraverso posti tecnici che possono avere collocazione sia presso strutture ospedaliere (servizio ospedaliero di emodialisi), sia presso strutture extraospedaliere (centro di emodialisi ad assistenza limitata).

SPECIALITÀ AD ELEVATA ASSISTENZA

MEDICHE	CHIRURGICHE
Malattie infettive	Cardiochirurgia
Neonatologia	Neurochirurgia
Psichiatria	

Tali funzioni specialistiche sono assicurate mediante unità operative dotate di posti letto che operano in regime di ricovero ordinario, di ricovero a ciclo diurno (day-hospital; day-surgery), ambulatoriale e di ospedalizzazione domiciliare.

Assistenza intensiva e subintensiva

Le attività ad assistenza intensiva e subintensiva sono riferite alle seguenti discipline specialistiche:

Anestesia e rianimazione;
 Cardiochirurgia;
 Cardiologia;
 Chirurgia generale;
 Chirurgia plastica;
 Chirurgia toracica;
 Chirurgie specialistiche;
 Ematologia;
 Malattie dell'apparato respiratorio;
 Nefrologia e dialisi
 Neonatologia;
 Neurochirurgia;
 Neurologia;
 Riabilitazione;
 Urologia;

e sono assicurate nell'ambito delle seguenti strutture, organizzate, a seconda dei diversi contesti, sia come unità operative, sia come articolazione dell'unità operativa:

STRUTTURE DI RIFERIMENTO PER LIVELLI DI ASSISTENZA INTENSIVA E SUBINTENSIVA

STRUTTURE DI RIFERIMENTO	LIVELLO DI ASSISTENZA INTENSIVA	DISCIPLINE COINVOLTE
Rianimazione generale	Terapia intensiva	Disciplina di anestesia e rianimazione
Terapia intensiva e subintensiva post-operatoria	Terapia intensiva e subintensiva	Disciplina di anestesia e rianimazione Disciplina di chirurgia generale e Discipline di chirurgia specialistiche
Terapia intensiva pediatrica	Terapia intensiva	Disciplina di anestesia e rianimazione
Terapia intensiva neonatale	Terapia intensiva	Disciplina di neonatologia
Unità di cura coronarica	Terapia intensiva	Disciplina di cardiologia
Unità di cura cerebrovascolare (Stroke Unit)	Terapia subintensiva	Disciplina di neurologia
STRUTTURE di RIFERIMENTO	LIVELLO DI ASSISTENZA INTENSIVA	DISCIPLINE COINVOLTE
Unità di cura per l'insufficienza respiratoria avanzata	Terapia subintensiva	Disciplina di malattie dell'apparato respiratorio
Centro grandi ustionati	Terapia intensiva	Disciplina di anestesia rianimazione e di chirurgia plastica
Unità spinale	Terapia subintensiva	Disciplina riabilitazione e neurologia
Unità comi	Terapia subintensiva	Disciplina di anestesia rianimazione, riabilitazione e neurologia
Centro trapianti rene	Terapia intensiva	Discipline di nefrologia e di chirurgia generale o di urologia
Centro trapianti di fegato-pancreas	Terapia intensiva	Discipline di anestesia rianimazione, di chirurgia generale e di gastroenterologia
Centro trapianti di cuore	Terapia intensiva	Discipline anestesia rianimazione, di cardiologia e di cardiocirurgia
Centro trapianti di polmone	Terapia intensiva	Discipline di anestesia rianimazione, di pneumologia e di chirurgia toracica
Centro trapianti midollari	Terapia intensiva	Disciplina di ematologia

La presenza di più discipline, prevista per alcuni settori intensivi e subintensivi, richiede la partecipazione, nelle strutture su indicate, di più specialisti, rimettendo ai responsabili dei presidi ospedalieri la decisione in ordine alla direzione delle unità operative o delle strutture ed alla composizione delle équipes mediche.

Le attività di terapia intensiva, identificate sia come unità operative, sia come articolazione di unità operative, devono disporre di almeno quattro posti letto.

La disciplina di Anestesia e Rianimazione, organizzata in unità operativa, anche non dotata di posti letto (se assenti le esigenze di assistenza intensiva sopraindicate) assicura altresì le prestazioni anestesilogiche a sostegno delle attività di diagnosi e cura.

Si dà mandato alla Giunta regionale di procedere, nel corso del primo anno di vigenza del presente piano, alla valutazione delle performances delle singole discipline, alla definizione di indici di equilibrio economico e di corretta correlazione costi/attività erogate, al fine di procedere ad una riorganizzazione dell'offerta, previo parere della Commissione consiliare competente.

Specialità della medicina diagnostica:

Anatomia patologica;
Biochimica clinica e tossicologia;
Citogenetica e biologia molecolare;
Genetica medica;
Ematologia ed emocoagulazione;
Immunoematologia;
Microbiologia e virologia;
Medicina trasfusionale;
Medicina nucleare;

Neurofisiopatologia;
Neuroradiologia;
Radiodiagnostica.

Tali funzioni specialistiche sono assicurate mediante unità operative, non dotate di posti letto. Qualora vengano erogate prestazioni diagnostiche o terapeutiche a particolare impegno assistenziale, le suddette unità operative possono avvalersi di posti letto ordinari dell'area clinica o essere dotate di posti letto di day-hospital/day-surgery o di posti tecnici.

Specialità dei servizi:

Direzione medica di presidio ospedaliero;
Direzione medica di presidio dei poliambulatori territoriali;
Medicina legale;
Medicina del Lavoro;
Farmacia ospedaliera;
Fisica sanitaria;
Odontoiatria;
Radioterapia;
Scienza dell'alimentazione e dietetica.

Le specialità di Medicina legale e di Scienza dell'alimentazione e dietetica assicurano le prestazioni di competenza mediante unità operative, non dotate di posti letto.

Le specialità di Medicina del Lavoro, di Odontoiatria e di Radioterapia assicurano le prestazioni di competenza mediante unità operative, che possono avvalersi di posti letto ordinari dell'area clinica o essere dotate di posti letto di day-hospital/day-surgery o di posti tecnici.

La riorganizzazione della rete ospedaliera è una linea d'intervento, volta ad articolare in modo razionale l'offerta specialistica ospedaliera sul territorio, strettamente connessa alla riorganizzazione dell'emergenza urgenza e all'evoluzione dei sistemi e delle modalità di cura, con particolare riferimento allo sviluppo di forme assistenziali alternative/integrative al ricovero e delle applicazioni telematiche nel settore sanitario.

Tale evoluzione porta infatti a pensare a strutture ospedaliere per acuti di medie dimensioni, plurispecialistiche ed ad alta tecnologia che offrano servizi di cura di intensa ed alta assistenza, di particolare qualità e modernamente organizzate. E', pertanto, necessario prevedere la costruzione di nuovi ospedali, modernamente progettati e realizzati, in sostituzione di presidi ospedalieri esistenti e considerati obsoleti, con la contemporanea azione di riqualificazione urbanistica delle aree su cui attualmente insistono presidi ospedalieri le cui condizioni strutturali e di conservazione non consigliano di avviare ristrutturazioni perché troppo onerose e non risolutive. L'eventuale ricavato della riqualificazione urbanistica delle suddette aree andrà reinvestito per la sanità. Si tratta in particolare di utilizzare gli strumenti della programmazione negoziata per avviare processi condivisi dalle diverse amministrazioni interessate (si pensi alla Provincia, al Comune ed alla stessa azienda ospedaliera) concentrando le energie sulle modalità di reperimento delle risorse necessarie per la costruzione delle nuove strutture. In quest'area si collocano tutte le iniziative di collaborazione pubblico-privato per cui la Giunta regionale ha dato, già nelle precedenti legislature, un quadro di riferimento normativo e procedurale. Le prime esperienze sono ormai avviate, si tratta di effettuare il lavoro di monitoraggio e valutazione dei risultati al fine di poter rendere gli strumenti sempre più coerenti e di rendere efficiente la rete di offerta dei servizi in un sistema sanitario al servizio del cittadino.

La proposta di intervento per nuove realizzazioni sarà inoltre sottoposta a specifica matrice d'impatto che evidenzii costi e benefici, definita a cura della DG Sanità entro la presentazione delle richieste a valere sulla seconda fase della L. 67/1988.

17 - Nuovi ospedali

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
17.AP1	Assistenza/ programmazione	Seconda fase della L. 67/1988	Protocolli d'intesa o accordi di programma con enti locali competenti	Realizzazioni di strutture ospedaliere di medie dimensioni in sostituzione di grandi strutture obsolete o di più presidi

Accanto alla previsione di strutture ospedaliere altamente specialistiche, dovranno essere sperimentate strutture intermedie in grado di assicurare le prestazioni di diagnosi e cura di minor intensità assistenziale, anche con ricovero diurno; tali strutture dovranno assicurare una presenza maggiormente diffusa sul territorio evitando dimensioni eccessive e garantendo un ruolo di cerniera tra i medici di medicina generale e l'assistenza ospedaliera.

In quest'ottica, grazie all'evoluzione della pratica clinica, è oggi possibile l'affermarsi di modalità assistenziali alternative alla degenza ordinaria che conosciamo come attività di day-hospital/day-surgery: il ricovero diurno, a parità di efficacia di intervento sanitario, si è mostrato meglio accettato dal paziente. Alla luce di questa evoluzione, è stata introdotta una differenziazione delle strutture ospedaliere, consentendo l'attivazione di strutture di ricovero e cura solo a

ciclo diurno. Tali strutture, rispetto alle tradizionali strutture ospedaliere, rappresentano un ulteriore elemento di diversificazione nella rete ospedaliera che può costituire una ulteriore opportunità per la riconversione di piccoli ospedali.

A tal fine si dà mandato alla Giunta regionale, di predisporre, in collaborazione con le AO accreditate e previo parere della Commissione consiliare competente, un progetto di ristrutturazione della rete ospedaliera, ivi compresa quella della città di Milano, anche prevedendo la riconversione di piccole realtà in strutture intermedie.

18 - Riconversione ospedali esistenti

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
18.AP1	Assistenza/ programmazione	Seconda fase della L. 67/1988	Riconversione di strutture ospedaliere di piccole dimensioni	Realizzazioni di strutture ospedaliere intermedie

L'ospedale per acuti deve però essere inserito in una rete di strutture e professionisti che garantiscano gli altri livelli di assistenza (media assistenza, lungodegenza e cure domiciliari) al fine di consentire la collocazione più idonea per il paziente in relazione ai diversi stadi della malattia. Particolare attenzione deve essere posta nei confronti dell'organizzazione e dell'articolazione della rete delle strutture dedicate alla assistenza ai pazienti terminali.

Oltre a quanto verrà meglio specificato in seguito in merito alla trasformazione di posti letto per acuti in posti letto di media assistenza, si rende necessario focalizzare l'attenzione sul contributo che i professionisti ospedalieri, in collaborazione con il medico di medicina generale, possono dare nella gestione del paziente che, superata la fase acuta, rientra al domicilio.

Per alcune aree di assistenza ospedaliera (medicina generale, pediatria) è, infine, opportuno dare il via a progetti sperimentali di gestione domiciliare del paziente, attuando una graduale conversione di posti letto di degenza ordinaria in posti domiciliari equivalenti. Tali sperimentazioni dovranno peraltro tener conto del fatto che la gestione domiciliare di pazienti che richiedono un'elevata intensità di cure e l'impiego significativo di tecnologie può presentare importanti difficoltà e rientrare solo in situazioni molto particolari nei canoni dell'appropriatezza. In via ordinaria sembra preferibile il potenziamento dell'ADI ad elevata intensità sanitaria, che preveda un'adeguata integrazione tra GCP territoriali e specialisti ospedalieri, con il coordinamento clinico del MMG.

19 - Ospedalizzazione domiciliare

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
19.AC1	Assistenza e cura	Ridefinizione della funzione ospedaliera in area medica	Protocolli tra MMG e specialisti ospedalieri per la gestione domiciliare di alcune patologie	Numero di pazienti seguiti in assistenza domiciliare specialistica

Altrettanto strategico è il versante relativo alla implementazione ed all'uso routinario dei sistemi di consulto e monitoraggio a distanza dei pazienti cronici e stabilizzati che consentono di raggiungere gli obiettivi relativi alla maggiore appropriatezza delle modalità di cura, alla riduzione dei costi sul singolo caso, all'innalzamento della qualità della vita del paziente cronico stabilizzato. Si recupera qui il ruolo delle cure primarie che cambiano radicalmente di natura e di contenuto perché, con le moderne tecnologie telematiche si possono portare al domicilio e in ambulatorio, sul paziente, non solo le informazioni ma, attraverso i sistemi di telemedicina e tele-sanità, anche le conoscenze che consentono di gestire problemi complessi, nella normale condizione familiare e sociale. La razionalizzazione in termini di contenuti della rete di offerta tradizionale consentirà inoltre di avviare l'ulteriore linea d'intervento rappresentata dagli interventi di edilizia sanitaria.

Adeguamento dell'offerta ospedaliera accreditata

L'obiettivo di medio periodo che viene individuato è il raggiungimento, a livello regionale, dell'indice di 4,0 posti letto per acuti per mille abitanti, in linea con l'evoluzione della rete ospedaliera e delle modalità di cure.

L'attuale livello di offerta di assistenza ospedaliera risulta adeguato alla domanda di ricovero espressa dai cittadini lombardi e dai cittadini di altre regioni che si rivolgono alle strutture ospedaliere lombarde. Per questo motivo, più che un ulteriore sviluppo dell'offerta ospedaliera che potrebbe risultare dannoso per l'intero sistema, si tratta ora di mettere effettivamente sullo stesso piano, in termini di potenzialità, le strutture erogatrici, siano esse di diritto pubblico che di diritto privato, adoperando tutti gli strumenti a disposizione per riorganizzare, in termini di efficienza e di qualità dei servizi, l'offerta ospedaliera. Non si prevede, pertanto, per il periodo di vigenza del piano, l'ingresso nel sistema di ulteriori posti letto accreditati ad eccezione di quelli già previsti da specifici provvedimenti regionali autorizzativi dell'aumento di posti letto a favore di soggetti accreditati. Al di fuori di tali casi, l'attivazione di nuovi posti letto per acuti sarà possibile solo se ad attivazione di un posto letto corrisponderà la riduzione di due posti letto per acuti, innescando così il meccanismo della "riqualificazione delle unità di offerta". Il processo di ammodernamento e razionalizzazione dei posti letto per acuti prevede anche la possibilità di cessione onerosa di posti letto fra soggetti erogatori, finalizzata al giusto dimensionamento dei posti letto determinati a livello di ASL, anche considerato il tasso di attrazione e il tasso di fuga sia extra ASL sia extra Regione e al recupero di capitali che consentano l'adeguamento dei letti rimanenti ai requisiti di accreditamento vigenti. Con provvedimento di Giunta regionale e previo parere della Commissione consiliare competente verranno definite le modalità operative di quanto sopra. Per quanto riguarda i posti

letto di day-hospital, nel triennio di vigenza del Piano, all'attivazione di un nuovo posto letto deve corrispondere la dismissione di due posti letto di degenza ordinaria per acuti.

20 - Adeguamento offerta posti letto per acuti

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
20.AP1	Assistenza/ programmazione	Processo di accreditamento subordinato alla riduzione di posti letto per acuti	Riqualificare unità di offerta pl per acuti in rapporto + 1 – 2	4 posti letto per acuti per mille abitanti nel medio periodo

Offerta ospedaliera – posti letto lungodegenza

Dall'analisi effettuata sulle giornate di ricovero eccedenti la 25° giornata nelle unità operative di medicina generale e la 60° giornata nelle unità operative di riabilitazione e recupero funzionale, è emersa la necessità, presente in tutte le strutture ospedaliere di avere posti letto ad assistenza meno intensiva, e conseguentemente con costi minori, dove i pazienti possano completare la degenza necessaria. Tale necessità, a livello regionale, è quantificabile in circa 1000 posti letto.

L'analisi è stata condotta anche osservando i ricoveri eccedenti la 20° giornata nelle unità operative di medicina generale e la 45° giornata nei reparti di riabilitazione e recupero funzionale e ciò ha evidenziato la carenza di ulteriori 500 posti letto.

A ciò si aggiunga che la rivalutazione del dimensionamento dell'offerta di posti letto ospedalieri sia acuti, sia riabilitativi, sia di lungodegenza deve essere posta ed affrontata in un'ottica che consideri in modo integrato e sinergico tutti i servizi di tipo sanitario e socio sanitario che già oggi spesso erogano prestazioni di tipo quasi equivalente nella sostanza, ma decisamente differenti in termini di costi di erogazione. Con provvedimento di Giunta, nel primo anno di vigenza del presente piano, si dovrà procedere ad una valutazione dell'impatto che il cosiddetto "circuito della cronicità" ha sulle strutture di tipo sanitario, sia acute, sia riabilitative, e di individuare l'entità di fabbisogno a cui si risponde in modo inefficiente nel senso di un impiego di risorse eccessivo rispetto al risultato che è necessario raggiungere.

In particolare in questi ultimi anni si è visto un forte incremento del carico assistenziale nelle RSA a fronte di una sempre maggiore difficoltà degli ospedali a trattenere patologie croniche stabilizzate. C'è quindi la necessità di creare una rete intermedia tra ospedale e RSA che permetta a casi di anziani con carichi assistenziali medio-pesanti una risposta più adeguata alle loro necessità di assistenza senza gravare sull'organizzazione e la gestione delle altre strutture di assistenza.

Nel periodo di vigenza del piano saranno incentivate le trasformazioni di posti letto per acuti in unità di offerta di lungodegenza, tipologia di assistenza "più leggera" e che garantisce comunque degli standard di tipo sanitario: tali posti letto (a minor costo per il più basso fabbisogno diagnostico e assistenziale) consentono la continuità terapeutico assistenziale per malati che, terminata la fase acuta, non sono trasferibili al domicilio o alle RSA.

21 - Adeguamento offerta posti letto lungodegenza

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
21.A1	Accreditamento	Accreditamento per lungodegenza	Individuazione dei ricoveri effettuati in degenze per acuti riconducibili al circuito della cronicità per incentivare la trasformazione di pl per acuti in lungodegenza	1500 posti letto per acuti convertiti in lungodegenza

Offerta ospedaliera – posti letto riabilitazione

Si ritiene che l'analisi e le previsioni sull'offerta di riabilitazione non possa essere effettuata solo sul versante dell'offerta ospedaliera a tale fine è necessario considerare il quadro complessivo in un'ottica di rete delle strutture di riabilitazione destinando al settore di assistenza uno specifico progetto prioritario.

Offerta ospedaliera – posti letto alta specialità

Per quanto riguarda l'alta specialità paradigmatico è il caso della cardiocirurgia. Nel corso dell'anno 2000 i cittadini Lombardi hanno effettuato interventi di cardiocirurgia in un numero cui corrisponde il tasso di 1,06 interventi per mille abitanti che è assolutamente in linea con i tassi calcolabili dai dati resi disponibili dal Ministero della Sanità e da altre Regioni italiane. Gli interventi cardiocirurgici più importanti sono stati 16.838 di cui circa il 29%, 4.794, erogati a favore di cittadini residenti in altre Regioni. Ciò significa che quasi una cardiocirurgia lombarda su tre, 6 su 20, lavora oggi per conto di altre regioni. E' importante considerare questo dato che pone un terzo delle nostre cardiocirurgie in forte dipendenza dalle decisioni di sviluppo che altre Regioni potrebbero decidere di effettuare in questo campo. E' altresì importante notare che 7 strutture effettuano meno di 500 interventi all'anno e che questo numero di interventi è da più parti indicato come quello appena compatibile con un equilibrio economico delle unità operative e con livelli di buona qualità delle procedure effettuate. Un discorso simile potrebbe essere fatto anche per le unità operative di chirurgia vascolare e di cardiologia interventistica. Si dà mandato alla Giunta regionale di procedere, nel corso del

primo anno di vigenza del presente piano, alla valutazione delle performances delle unità operative di alta specializzazione, alla definizione di indici di equilibrio economico e di corretta relazione costi/attività erogate, al fine di procedere ad una riorganizzazione della rete dell'offerta, previo parere della Commissione consiliare competente. In attesa dei risultati di tale valutazione non si procederà ad ulteriori accreditamenti di posti letto nelle discipline di cardiocirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, neochirurgia e radioterapia.

22 - Adeguamento offerta alta specialità

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
22.API	Assistenza/ Programmazione	Programmazione	Valutazione delle performances delle unità operative di alta specializzazione	Definizione di indici di equilibrio economico e di corretta relazione costi/attività erogate
22.A1	Accreditamento	Accreditamento	Riqualificare unità di offerta pl per acuti	Mantenimento livello di offerta dei servizi di alta specialità

Offerta ospedaliera – ospedali diurni

La rete ospedaliera evolve verso un modello che vede la trasformazione di alcuni ospedali di piccole dimensioni in strutture "leggere" dedicate a ricoveri diurni sia di tipo medico che chirurgico e ad attività di specialistica ambulatoriale. Questo consentirà di fare ulteriori significativi progressi nella riduzione dei tempi di attesa e nell'offerta di servizi necessari alla popolazione.

Tali strutture devono essere comunque funzionalmente e organizzativamente collegate con un presidio ospedaliero sede di DEA o EAS.

23 - Attivazione ospedali diurni

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
23.A1	Accreditamento	Accreditamento	Incentivazione apertura di strutture ospedaliere "diurne" con trasformazione di pl per acuti in diurni con rapporto 2 a 1	Numero strutture attivate

Stante il quadro dell'offerta e riprendendo il ruolo della Regione precedentemente illustrato è necessario introdurre una chiara distinzione tra il ruolo della Regione come regolatore del sistema socio-sanitario (ruolo di governo) e il ruolo della Regione come proprietaria della rete pubblica. Mentre il primo ruolo deve crescere per realizzare politiche socio-sanitarie forti ed orientate al miglioramento complessivo del sistema, il secondo deve progressivamente ridursi.

La Regione deve sviluppare il ruolo di regolatore e controllore "terzo", imparziale del sistema, non svolgendo quindi attività e funzioni di gestione di servizi, che sono potenzialmente motivo di conflitto d'interessi. In questo scenario si conferma la necessità di assicurare il coordinamento delle ASL in quanto terminali sul territorio della politica sanitaria della Regione, pur lasciando spazi importanti di programmazione alla autonomia aziendale, compartecipata dagli enti locali territoriali.

Deve invece gradualmente ridursi il ruolo di coordinamento e di "holding" nei confronti dei soggetti erogatori pubblici (le A.O.,), che devono essere, nel rispetto della piena parità di diritti/doveri, assoggettati alle medesime regole e processi degli erogatori di diritto privato, indipendentemente dalla loro titolarità giuridica. A tal fine, in via sperimentale, in un numero limitato di casi, si potrà avviare il processo di trasformazione graduale delle A.O. in soggetti di diritto privato, con la partecipazione di altri soggetti pubblici e privati e, nel caso di aziende ospedaliere universitarie, con il concreto coinvolgimento delle università per il loro ruolo formativo e di ricerca. È infatti difficile ipotizzare il venir meno dell'intervento regionale quale "holding" delle aziende ospedaliere fino a quando deterrà la piena proprietà degli ospedali o comunque ne sarà "l'azionista di riferimento".

Il ruolo della Regione si estrinseca nella definizione delle regole di governo del sistema che rappresentano gli strumenti principali di programmazione: criteri di finanziamento e definizione delle risorse, di remunerazione, negoziazione e contratti, autorizzazione, accreditamento e qualità, il sistema dei controlli.

Il ruolo della Regione, delineato come governo del sistema socio-sanitario, deve operare senza ledere la libertà degli attori, incentivando comportamenti che siano coerenti con gli obiettivi da raggiungere: da una parte l'apertura a forme realizzate di sussidiarietà orizzontale come la trasformazione della forma giuridica delle aziende ospedaliere in fondazioni, con la partecipazione di soggetti pubblici, privati profit e no profit, dall'altra il mantenimento del ruolo d'indirizzo e il riconoscimento di maggiore autonomia alle aziende ospedaliere, assieme ad una piena responsabilità sui risultati, anche economici.

3.2. La rete dell'emergenza urgenza

La rete ad oggi è articolata secondo le previsioni organizzative dettate dalla DCR n. 932/98, con quattro livelli di operatività, correlati a crescente complessità clinico-organizzativa:

Punti di primo intervento	52
Pronto Soccorso	48
DEA	44
EAS	10

Per quanto riguarda, invece, la rete dell'emergenza-urgenza la Regione Lombardia ha in attività 3 tipologie di mezzi:

- mezzi di soccorso di base (BLS); sono ambulanze di associazioni di volontariato o cooperative in convenzione con l'azienda sede di Centrale Operativa 118, l'equipaggio è composto da 3 soccorritori compreso l'autista.
- mezzi di soccorso di base (BLS) con infermiere a bordo; sono, di norma, ambulanze di associazioni di volontariato o cooperative in convenzione con l'azienda sede di Centrale Operativa 118; l'infermiere è dipendente del SSN.
- mezzi di soccorso avanzato (ALS) con personale medico ed infermieristico a bordo; possono essere sia ambulanze che autoveicoli, l'equipaggio è sempre composto da autista soccorritore, di norma appartenente all'associazione titolare del mezzo, un infermiere dipendente del SSN ed un medico che può essere dipendente SSN o convenzionato ASL (DPR 484/96).

Organismi di coordinamento generale sono il C.R.E.U., Comitato Regionale per l'Emergenza Urgenza, che riunisce tutti i Responsabili delle centrali operative e il C.A.T.I., Comitato Area Territoriale Interdipartimentale, che rappresenta l'organo per il coordinamento locale in ambito provinciale.

L'impegno attuale è quello di rivedere la rete dell'emergenza urgenza nel suo complesso, integrando funzionalmente le componenti territoriali da quelle ospedaliere.

Nella tabella seguente è evidenziata la rete territoriale dell'emergenza-urgenza:

COEU	mezzi al 31.07.1999			ELISOC	mezzi al 1.03.2001			ELISOC
	mezzi di soccorso di base	mezzi di soccorso di base con I.P.	Mezzi di soccorso avanzato		mezzi di soccorso di base	mezzi di soccorso di base con I.P.	mezzi di soccorso avanzato	
BERGAMO	5	0	4	0	8	5	7	1
BRESCIA	5	10	0	1	12	13	2	1
COMO	3	0	7	1	9	0	7	1
CREMONA	6	1	3	0	6	2	3	
LECCO	0	0	5	0	5	0	5	
LODI	5	0	1	0	4	1	2	
MANTOVA	11	0	2,5	0	9	2	6	
MILANO	10	0	1,5	1	41,5	0	5	1
MONZA	10	0	1	0	10	1	4	
PAVIA	10	0	4	0	15	0	4	
SONDRIO	3	3	7	1	7 *	7	6	1
VARESE	15	0	0	0	14	0	1	
TOTALE	83	14	36	4	140.5	31	53	5

* stagionali

Il sistema di Emergenza Urgenza regionale rappresenta uno dei settori fondamentali della sanità lombarda. Negli ultimi anni è stato fatto uno sforzo per garantire una implementazione progressiva, razionale ed organica di questo sottosistema sanitario tra i più complessi e con maggiori interrelazioni funzionali con le restanti macroattività erogative assistenziali. Lo sforzo attuale è quello di omogeneizzare le importanti motivazioni periferiche dei soggetti che negli ultimi anni hanno realizzato iniziative di riferimento con gli atti programmatori che, nel frattempo, sono stati emanati a livello regionale. L'integrazione fra l'autonomia aziendale delle strutture sanitarie coinvolte nella rete dell'Emergenza Urgenza con le esigenze di organicità espresse a livello programmatico regionale è stato sin dall'inizio l'obiettivo principale della D.G. Sanità.

Razionalizzazione del SSUEm

E' necessario un approfondimento sulla revisione della DCR 932/98, per quanto riguarda la rete ospedaliera ed una modificazione delle norme relative alla rete territoriale, in modo da dare continuità allo sviluppo della rete territoriale collegandola fortemente a quella ospedaliera, limitando le soluzioni di continuità nel percorso del paziente e nel flusso dei dati informativi che ne derivano. In quest'ottica deve essere gradualmente superato il ruolo dei punti di primi intervento, che da una parte potranno essere ricondotti a punti di pronto soccorso e dall'altra sostituiti da una rete territoriale maggiormente articolata. Questo non significa necessariamente un incremento dei mezzi utilizzati ma una revisione del loro utilizzo, finalizzato ad un tempestivo intervento ed ad un aumento delle procedure effettuabili in ambito extra ospedaliero. In quest'ottica devono essere riviste le previsioni della DGR n. VI/45819/99, la cui completa applicazione risulta non praticabile per le relative implicazioni economiche. Pertanto, ora si deve procedere ad una revisione delle rete PS/DEA/EAS integrata fortemente con le potenzialità territoriali, tenendo in considerazione le necessità dei singoli territori e creando sinergie operative con l'attività di continuità assistenziale che dovrà essere gestita all'interno dei GCP territoriali, i quali dovranno ricomprendere anche i medici di continuità assistenziale. In assenza di GCP, i medici di continuità assistenziale dipendono dall'ASL.

24 - Revisione delle rete ospedaliera dell'emergenza urgenza

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
24.AP1	Assistenza/ Programmazione	Norma	Revisione rete ospedaliera e territoriale SSUEm	Messa in atto della nuova rete
24.AP2	Assistenza/ Programmazione	Norma	Individuazione strutture dedicate all'elezione	N. strutture dedicate all'elezione

La previsione, sia pure indiretta, della l.r. 31/97, che fa esplicito riferimento alla DCR 932/98, circa l'obbligatorietà della partecipazione alla rete dell'emergenza urgenza ai fini dell'ottenimento dell'accreditamento, ha praticamente imposto ad erogatori tradizionalmente votati all'effettuazione di prestazioni programmate, un consistente sforzo di trasformazione organizzativa. Tale processo ha messo in evidenza come le conoscenze sanitarie e organizzative in materia sono il frutto di anni di esperienza e come la reale partecipazione alla rete EU non possa essere stabilita esclusivamente da un provvedimento normativo ma debbano essere costituite le condizioni perché tale rete possa funzionare. L'inserimento "obbligatorio" di una serie di strutture ha comportato anche un aumento dei costi per il mantenimento di una rete ospedaliera dell'emergenza molto distribuita con, in alcuni casi, uno scarso contributo in termini di reale attività rivolta all'emergenza. Al fine di superare tale criticità si prevede l'eliminazione dell'obbligatorietà di partecipazione alla rete dell'EU ai fini dell'ottenimento dell'accreditamento con la previsione, all'interno del settore accreditato, di strutture dedicate alla sola attività programmata, riconoscendo alle stesse pari dignità rispetto alle strutture dedicate all'EU. Un modello di questo genere consentirebbe una specializzazione ulteriore delle strutture che partecipano alla rete EU, con una maggior finalizzazione delle risorse distribuite in tale ambito.

Nelle revisione della rete ospedaliera per l'emergenza urgenza e, conseguentemente, degli standard organizzativi di accreditamento, si terrà nel dovuto conto l'opportunità, soprattutto nei livelli organizzativi più complessi, di prevedere organici dedicati e di valorizzare il ruolo del medico internista, del chirurgo e del rianimatore, così da rispettare le differenze gestionali e operative che si concretizzano nell'urgenza e nell'emergenza.

Si dà mandato alla Giunta regionale, previo parere della Commissione regionale competente, entro 12 mesi dall'approvazione del presente Piano, di provvedere alla revisione della rete ospedaliera dell'emergenza-urgenza.

Miglioramento dei flussi informativi SSUEm

E' da concludere il progetto che, in collaborazione con Politecnico di Milano, ha portato alla stesura del progetto per le comunicazioni del SSUEm tramite radiofrequenze, già consegnato alla Commissione Ministeriale competente la quale ha già assegnato alla Regione i canali relativi. La gara, che sarà svolta a livello regionale, dovrà permettere di superare la difformità e la relativa difficoltà di comunicazione che attualmente hanno le centrali operative 118, con un miglioramento dell'efficienza operativa e con l'utilizzo più appropriato delle potenzialità del sistema. La nuova rete comunicativa dovrà anche prevedere lo sviluppo del SSUEm, con la trasmissione non solo di dati ma anche, eventualmente, di immagini. E' da riformulare il sistema informativo utilizzato dalle centrali in modo da codificare una metodologia di "linguaggio" comune per facilitare le comunicazioni e poter elaborare i dati relativi, in modo da poter garantire lo scambio di informazioni e l'analisi dei flussi. Il problema non è solo quello di codificare ed omogeneizzare il linguaggio ma è quello di poter rintracciare i dati relativi al paziente trattato, dal territorio alla struttura ospedaliera. Pertanto si tratta anche di risolvere i flussi informativi ed informatici delle strutture di pronto soccorso, creando quel collegamento tra soccorso territoriale ed attività ospedaliera imprescindibile ormai per analizzare il percorso del paziente e conseguentemente valutarlo.

25- Revisione dei flussi informativi dell'U/E

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
25.GE1	Gestionale	Radiofrequenze e sistema informativo	Strutturazione rete di comunicazione SSUEm	N. strutture collegate al sistema radio ed elaborazione report periodici su attività SSUEm

Responsabilizzazione economica COEU

E' opportuno valutare quale possano essere gli elementi per arrivare ad una tariffazione delle attività del SSUEm, superando la logica del finanziamento a funzione, in modo da poter individuare budget per COEU rapportato ad obiettivi stabiliti. Questo comporta la disponibilità di dati più precisi e l'individuazione di indicatori che possano rilevare l'andamento dell'attività, in modo da vincolare la contrattazione del budget anche sull'analisi dei trend dimostrati.

26 - Migliore tariffazione del sistema U/E

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
26.GE1	Gestionale	Budget COEU	Tariffazione prestazioni SSUEm	Individuazione del budget per ogni COEU

Emergenze per eventi straordinari e di bioterrorismo

Al fine di meglio coordinare a livello regionale emergenze per eventi straordinari con il coinvolgimento attivo ed immediato di altri organismi, quali la Protezione Civile, la Prefettura e le Forze dell'Ordine con la rete ospedaliera regionale, viene istituito nell'ambito del C.R.E.U., Comitato regionale per l'emergenza-urgenza, un gruppo di lavoro con il compito di predisporre un "piano" operativo delle grandi emergenze.

Il medesimo "comitato" dovrà predisporre un "Codice Rosso" che tenga conto anche della formazione degli operatori in un sistema di emergenza non convenzionale di bioterrorismo (nucleare, biologica, chimica ecc.), l'applicazione di tecnologie di informazione e comunicazione appropriata al tipo di emergenza da affrontare, l'organizzazione che le strutture ospedaliere regionali debbono darsi per affrontare l'emergenza di che trattasi, nonché le collaborazioni da attivare con altre strutture sanitarie del territorio nazionale ed estero.

Con provvedimento di Giunta regionale verranno approvate e definite le modalità attuative sia del piano operativo sia del "Codice Rosso".

3.3. L'assistenza specialistica ambulatoriale

punti di erogazione per branca specialistica e per ASL anno 2000

Descrizione Branca Specialistica	ASL															Totale
	BG	BS	CO	CR	LC	LO	LN	MC	M1	M2	M3	PV	SO	VA	VC	
ANESTESIA	4	20	6	5		3	6	16	7	4	10	9	5	9	2	106
CARDIOLOGIA	37	48	20	22	23	10	21	65	19	23	38	25	13	33	8	405
CHIRURGIA GENERALE	26	27	14	13	7	5	10	44	14	9	20	18	8	21	5	241
CHIRURGIA PLASTICA	8	15	2	2	1	4	2	13	6	9	20	1	5	8	2	98
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	8	19	7	9	3	2	5	35	8	7	16	15	3	7	2	146
DERMOSIFILOPATIA	19	30	11	13	9	7	13	34	16	20	20	13	7	19	5	236
DIAGNOSTICA PER IMMAGIN - MEDICINA NUCLEARE	2	5	1	5			1	11	3	1	3	1	2	7		42
DIAGNOSTICA PER IMMAGIN - RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	28	33	16	15	10	8	10	83	18	17	36	21	7	27	3	332
ENDOCRINOLOGIA	9	8	5	7	5	1	6	25	12	2	2	15	2	7		106
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	12	20	9	7	4	4	7	26	8	6	12	11	4	11	2	143
LABORATORIO CLINICO-HEMORIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA-ISTOLOGIA-PAT. ECC.	41	44	30	23	13	16	27	103	24	26	58	30	15	46	8	504
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RIABILIT. FUNZIONALE-MOTONEUROLESI	45	55	24	17	16	5	20	81	18	32	58	33	16	34	7	482
NEFROLOGIA	16	9	7	8	6	4	6	26	6	8	12	4	6	15	3	136
NEUROCHIRURGIA	4	8	5	1	2	1	1	11	1		4	2	5	3		48
NEUROLOGIA	35	39	11	21	9	10	17	54	20	23	47	16	7	26	7	342
OCULISTICA	25	39	14	17	12	9	17	52	22	23	25	20	7	23	3	314
ODONTOSTOMATOLOGIA	23	20	10	12	9	4	12	32	13	13	23	10	5	25	4	215
ONCOLOGIA	12	17	4	5	3	7	3	27	8	3	6	9	3	10	2	119
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	24	31	12	14	8	5	11	51	19	12	32	18	7	22	5	271
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	23	27	11	12	5	6	9	53	18	19	24	22	11	21	3	264
OTORINOLARINGOIATRIA	33	35	13	20	12	6	18	53	20	25	34	18	8	30	5	330
PNEUMOLOGIA	21	25	15	15	8	8	14	35	10	16	14	13	8	14	4	221
PSICHIATRIA	30	58	27	18	11	14	27	61	32	22	47	23	17	31	9	427
RADIOTERAPIA	2	3	1	3	1	2	1	21	3	3	4	3	1	2		50
UROLOGIA	15	23	12	13	4	4	6	39	15	11	16	13	6	14	2	193
ALTRO	53	72	24	17	17	16	24	84	22	38	90	24	16	43	14	554

Offerta prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale anno 1999

Tipologia di erogatore	Intraospedaliero		Extraospedaliero		Totale		Totale	
	Numero Prestazioni	Valore economico (x1000)	Numero Prestazioni	Valore economico (x1000)	Numero Prestazioni	Valore economico (x1000)	% Numero	% Lire
Presidio di ASL	7.187.279	136.345.323	1.156.447	21.454.806	8.343.726	157.800.129	7,62	7,19
Presidio di A.O.	57.744.676	1.264.858.901	8.308.492	142.684.235	66.053.168	1.407.543.136	60,29	64,17
I.R.C.C.S.	4.099.100	108.789.194			4.099.100	108.789.194	3,74	4,96
Totale Pubblico	69.031.055	1.509.993.418	9.464.939	164.139.041	78.495.994	1.674.132.459	71,65	76,33
Ospedale Classificato	2.728.631	55.828.386			2.728.631	55.828.386	2,49	2,55
Casa di Cura	7.692.541	188.798.482			7.692.541	188.798.482	7,02	8,61
Ambulatorio			16.184.679	164.038.734	16.184.679	164.038.734	14,77	7,48
I.R.C.C.S.	4.456.707	110.548.025			4.456.707	110.548.025	4,07	5,04
Totale Privato	14.877.879	355.174.893	16.184.679	164.038.734	31.062.558	519.213.627	28,35	23,67
Totale Regione	83.908.934	1.865.168.311	25.649.618	328.177.775	109.558.552	2.193.346.086	100,00	100,00

L'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale ha registrato un significativo incremento, osservato nell'ultimo triennio, di cui una parte è sicuramente reale e dovuta ad una politica volta alla riduzione dei tempi di attesa e alla revisione tariffaria che ha incentivato l'erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale, mentre un'altra parte è "virtuale" perché correlata ad un miglioramento della rendicontazione e della raccolta informatizzata dei dati.

L'affermimento dell'assistenza specialistica ambulatoriale alle aziende ospedaliere ha visto non solo il mantenimento dei preesistenti punti di offerta, ma anche l'attivazione di nuove strutture dedicate a tale scopo. Questo fenomeno, accanto al contributo dato dalle strutture di diritto privato che hanno fortemente implementato il loro impegno sul versante ambulatoriale, ha consentito di mantenere una adeguata presenza sul territorio di strutture polispecialistiche. Inoltre, grazie anche a tutti i provvedimenti e le iniziative volte al contenimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, si è registrato un incremento più che significativo nei volumi di attività erogate.

Il progetto intrapreso dalla Regione Lombardia per la riduzione dei tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni specialistiche ha permesso ai cittadini di avere a disposizione una rete articolata di strutture erogatrici, pubbliche e private accreditate, che hanno, di fatto, aumentato la loro capacità produttiva, soddisfacendo i bisogni espressi in tempi adeguati. Tale fatto ha chiaramente facilitato l'accesso alle strutture sanitarie ma ha anche comportato un aumento di spesa per l'attività specialistica ambulatoriale. Si ritiene che maggior attenzione debba essere posta sul fronte della domanda, cercando di utilizzare maggiormente percorsi diagnostici terapeutici condivisi tra strutture erogatrici e ASL e selezionare il tempo di attesa in base alle reali esigenze cliniche del singolo paziente: si tratta quindi di superare il concetto di tempo massimo uguale per tutti ed inserire una maggiore diversificazione che faciliti i pazienti maggiormente bisognosi e dilazioni maggiormente nel tempo prestazioni ritenute poco appropriate.

All'interno dell'assistenza specialistica ambulatoriale, una particolare riflessione deve essere condotta sul ruolo della specialistica convenzionata che deve comunque trovare un miglior riconoscimento e valorizzazione all'interno dell'attività specialistica svolta dall'Azienda Ospedaliera. Essa garantisce un primo livello di offerta la cui peculiarità rispetto alla specialistica ospedaliera può trovare appropriata espressione anche nell'integrazione con le cure primarie, favorendo prioritariamente la gestione extraospedaliera del paziente cronico ed anche mediante l'adozione di appropriati modelli organizzativi che, valorizzando tale peculiarità, assicurino una pronta risposta ai bisogni di salute nell'ambito della specialistica territoriale.

Accanto a ciò, un approfondimento specifico verrà condotto nel settore della diagnostica di laboratorio e della diagnostica per immagini, in un'ottica di sempre maggiore concentrazione della produzione e sempre maggiore diffusione dei punti di accesso per i cittadini; tale risultato appare oggi realistico visto anche lo sviluppo raggiunto dai sistemi telematici.

27 - Specialistica ambulatoriale

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
27.AC1	Assistenza e cura	Linee guida	Individuazione di ulteriori prestazioni medico-chirurgiche erogabili in regime ambulatoriale	Aumento della tipologia di prestazioni erogate in regime ambulatoriale
27.AC2	Assistenza e cura	Linee guida	Attivazione di gruppi territoriali per la gestione del paziente cronico	Numero di pazienti cronici gestiti in sede extraospedaliera
27.AC3	Assistenza e cura	Linee guida	Individuazione di modelli organizzativi peculiari per la specialistica ambulatoriale	Percentuale di adozione di modelli specifici a livello aziendale ospedaliero

4. LA RETE DELLE STRUTTURE RIABILITATIVE

L'offerta di assistenza riabilitativa sconta ancor oggi la tradizionale distinzione tra assistenza ospedaliera (recupero e rieducazione funzionale, lungodegenza, neuroriabilitazione, unità spinale) e assistenza extraospedaliera (IDR ex art.26 della L. 833/78).

Tale distinzione, oggi non più fondata né sul piano assistenziale né su quello organizzativo, non fa che aggravare le difficoltà di integrazione di due settori che possono invece trovare opportuni stimoli alla qualificazione dal confronto più diretto.

Pertanto, si dà mandato alla Giunta regionale di assumere i provvedimenti necessari alla definizione del regime autorizzativo e di accreditamento del settore della media assistenza, riclassificando le attività ospedaliera ed extraospedaliera in riabilitazione intensiva ed estensiva, previo parere della Commissione consiliare competente. Fino all'assunzione di detto provvedimento, si ritiene di non procedere all'accREDITAMENTO di ulteriori posti letto nel settore riabilitativo.

Vengono comunque confermati i progetti di trasformazione di strutture o posti letto per acuti in posti letto di riabilitazione e di lungodegenza, già approvati dalle aziende ospedaliere nel contesto dei rapporti di collaborazione pubblico/privato previsti dalla DGR 42718/99, definiti e conclusi con la formale stipula di contratti, intese o atti di concessione tra le parti contraenti.

Vista quindi l'attuale offerta di assistenza riabilitativa e di lungodegenza ospedaliera e la necessità di creare una rete intermedia tra RSA e ospedali si stabilisce quale indice programmatico dei posti letto di riabilitazione (intra ed extraospedaliera) e di lungodegenza l'1,5 per mille abitanti.

28 - Adeguamento offerta posti letto riabilitazione

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
28.A1	Accreditamento	Accreditamento per riabilitazione	Organizzare in una rete di servizi tutte le strutture, intra ed extra ospedaliere dedicate alla riabilitazione	1,5 pl x mille abitanti (riab. + lungodegenza) intra ed extraospedaliera

5. LA RETE DELLE RSA E DELLE RSH

All'inizio del triennio, il sistema socio-sanitario di offerta residenziale presenta alcuni punti critici relativi al rapporto fra offerta e domanda di ricovero.

L'offerta di ricovero in RSA è inferiore alla domanda nonostante il costante aumento degli investimenti dal 1995 al 2001 (v. tabelle spesa FRISL ecc., spesa corrente con aumento tariffe) e la conseguente espansione dell'offerta di posti letto (v. tabelle posti letto). La pressione costante della domanda di istituzionalizzazione in RSA è testimoniata dalla saturazione media elevata (97%) dei posti letto e dall'aumento della percentuale di popolazione anziana ricoverata là dove la disponibilità di posti letto è maggiore (v tabelle età ed indicatori di consumo e di offerta). Il dato di lunghi tempi d'attesa per il ricovero, così come rilevato attualmente dalle RSA, è un indicatore meno affidabile della domanda, in quanto non ancora standardizzato.

L'utilizzo dell'offerta di ricovero in IDR è parzialmente inappropriato alla domanda. Quasi la metà dell'offerta di posti letto (circa 2000 posti classificati ex art. 26 vedi tabelle) ospita a tempo indeterminato disabili non suscettibili di riabilitazione. Le necessità assistenziali di questi soggetti vanno ricomprese nell'attuale modello di CRH e IEAH, configurando una nuova offerta residenziale omogenea: la RSH

Nel periodo di tempo considerato, l'età media dei disabili e degli anziani ricoverati si è spostata verso le fasce più elevate. In particolare nelle RSA, dove la quota di ospiti in età compresa fra i 65 e 74 rappresenta solo il 18,3% di tutti i ricoverati, con un indice di ricovero pari allo 0,83% (riferimento 2001 = 932.562 individui < 75 anni, vedi tabella), si evidenzia che il ricorso alla istituzionalizzazione si concentra maggiormente sulla coorte più esigua degli ultra settantacinquenni, con un indice di ricovero pari al 6,66% (riferimento 2001 = 632.881 individui > 75 anni, vedi tabella). E' dunque necessaria una revisione del riferimento anagrafico per il calcolo dell'indice di fabbisogno di posti letto previsto nel Progetto obiettivo anziani del 1988 (popolazione > 65 anni, pari a 1.565.443 individui nel 2001, vedi tabella).

Disomogeneità e complessità delle procedure di accesso ai servizi

La disomogenea distribuzione regionale, quantitativa e qualitativa, dei servizi territoriali già di per se stessa rende difficile la valutazione della loro adeguatezza ai bisogni del soggetto fragile e orienta la scelta delle famiglie verso i modelli assistenziali più consolidati e rappresentati, ossia quelli residenziali. La complessità delle procedure d'accesso ai servizi e la variabilità della quota di bisogni assistenziali di cui essi si fanno carico non hanno consentito ad oggi la realizzazione di una valida e chiara alternativa all'istituzionalizzazione del soggetto fragile, soprattutto se anziano. Pur tuttavia ADI, CSE, CDI, ricoveri di sollievo e di pronto intervento sono sicuramente uno strumento utile per rallentare il ricorso all'istituzionalizzazione, ma potranno costituire una vera alternativa solo quando, raggiungendo una massa critica decisamente maggiore dell'attuale (vedi tabella), usciranno dalla fase prolungata di "sperimentalità".

Il buono socio-sanitario per anziani e disabili (vedi trattazione specifica) è un ulteriore supporto a ritardare l'istituzionalizzazione dell'individuo fragile che si affianca ai servizi territoriali esistenti e all'impegno delle famiglie.

Valutazione dei nuovi bisogni assistenziali ed individuazione del ruolo e dei costi di unità d'offerta complementari

Il sistema socio-sanitario oggi non ha una soddisfacente capacità di cogliere le necessità della popolazione e di monitorare la risposta ad esse poiché descrive più le caratteristiche della prestazione e degli operatori nelle singole unità d'offerta che non quelle dell'ospite e dei risultati nell'intero sistema. Questo comporta una difficoltà a disegnare i percorsi assistenziali attraverso l'intera rete dei servizi, a quantificarne e governarne i costi, anche in rapporto alla riconsiderazione delle quote di contribuzione previste nell'atto di indirizzo.

Nel triennio un welfare più leggero e più attento alle energie che la comunità è capace di mettere in campo deve pur sempre perseverare nell'impegno di qualificare la sua componente a più elevata infrastrutturazione: ritardare l'istituzionalizzazione realizzando reti di aiuto territoriali significa anche predisporre un numero ed un tipo di strutture d'accoglienza che siano in grado di valorizzare i supporti socio-familiari, che li affianchino o subentrino ad essi, ma soprattutto che pongano grande attenzione alle risorse ed alle esigenze del singolo ospite.

L'obiettivo è completare ed aggiornare la rete delle RSA e delle RSH, costruendo i loro modelli assistenziali sulla base delle caratteristiche della popolazione che le utilizza o le utilizzerà nonché sulla base della capacità del sistema di risorse che le istituzioni e la comunità costruiranno. La strategia per raggiungere questo obiettivo è un nuovo processo di accreditamento e di tariffazione che parta dalla definizione di riferimenti chiari in termini di valori, logiche, modalità e costi di intervento, precisamente correlati con le esigenze di chi nella rete dei servizi dovrà trovare una risposta alle sue domande e di chi vorrà portare il suo contributo al completamento ed alla qualificazione di questa stessa rete.

I vincoli da affrontare sono costituiti dai punti critici già evidenti all'inizio del triennio:

29 - Riequilibrio fra offerta e domanda di ricovero

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
29.E1	Epidemiologia	Debito informativo obbligatorio per l'accreditamento	Monitoraggio delle liste d'attesa	Raccolta ed elaborazione dei dati

La precisa valutazione della domanda di istituzionalizzazione e la sua evoluzione in rapporto alla offerta, esistente e futura, di alternativa al ricovero è un prerequisito fondamentale per il governo del sistema.

La composizione della lista e la dimensione dei tempi d'attesa per l'accesso alle RSA fanno parte del debito informativo obbligatorio per l'accreditamento. La "centralizzazione" dei dati è condizione necessaria per la loro corretta valutazione e per garantire contemporaneamente la libera scelta dell'unità d'offerta mediante più opzioni.

Quello stesso provvedimento amministrativo prevede altresì un flusso continuo di dati alla ASL, di competenza territoriale, riguardanti le necessità assistenziali degli ospiti e la loro evoluzione a tempi predefiniti (scheda di osservazione intermedia dell'assistenza o S.OS.I.A.), la tipologia delle strutture territoriali dalle quali provengono o nelle quali vengono dimessi gli ospiti, la durata del ricovero e della sua eventuale interruzione per ogni ospite, la sua contribuzione alla retta di degenza e la chiara descrizione dei servizi che essa ricomprende, il grado di soddisfazione degli ospiti e dei familiari per il servizio offerto, gli indicatori di qualità edilizia e assistenziale (processo ed outcome) per ogni struttura, ecc. A fine triennio analoghi requisiti per l'accreditamento verranno estesi a tutte le unità d'offerta residenziali e territoriali del sistema socio-sanitario e socio-assistenziale.

Sarà così disponibile uno strumento per verificare l'appropriatezza dell'utilizzo delle varie unità d'offerta. Per quanto riguarda in particolare l'appropriatezza dell'offerta residenziale per i disabili si rimanda alla scheda relativa alla rete di riabilitazione.

Ai fini programmatori, la costruzione di un indicatore affidabile della pressione della domanda di ricovero, sensibile alle sue variazioni in rapporto all'introduzione di una serie alternativa di servizi territoriali e descrittivo delle motivazioni del ricorso al ricovero consente di orientare la definizione quantitativa e qualitativa della rete delle RSA e RSH. Già oggi, come si è accennato, è evidente che l'indice di fabbisogno in vigore per le RSA è calcolato su di una popolazione disomogenea per "rischio" di ricovero, indipendentemente dall'impatto che avranno iniziative come il buono socio-sanitario, la cui sperimentazione è attualmente in fase di monitoraggio.

Nel breve periodo risulta opportuno porsi un obiettivo di fabbisogno di RSA analogo a quello attualmente osservato per la fascia di popolazione che è più rappresentata fra i ricoverati: 7% riferito alla popolazione anziana, con età superiore ai 75 anni. Tale indice di fabbisogno, stimato quale indice minimo di riferimento verrà riconsiderato nel prossimo Progetto Obiettivo Anziani (P.O.A.), anche facendo riferimento agli interventi nell'ambito della residenzialità, della semiresidenzialità, della domiciliarità e di sostegno all'autosufficienza.

Per quanto riguarda la rete delle RSH è necessario valutare preliminarmente la possibilità di riconversione dell'attuale offerta di IDR, in rapporto alla costruzione della nuova rete della riabilitazione.

30 - Omogeneizzazione e semplificazione delle procedure di accesso ai servizi territoriali

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
30.Q1	Qualità	Identificazione della mission dei servizi	Nuovi criteri di accreditamento	Procedura di accesso unica per tutti i servizi accreditati

La progressiva estensione del nuovo processo di accreditamento riporta la centralità della scelta del servizio al cittadino ed all'“agente decodificatore” dei suoi bisogni e dell'offerta della rete: il medico di medicina generale (MMG). Questa decodifica oggi non è agevole né per l'uno né per l'altro. Nel triennio un riordino ed una semplificazione del panorama dei servizi, insieme con una più precisa definizione della mission di ognuno di essi, deve consentire ad entrambi di appropriarsi di tutte le informazioni necessarie per la migliore presa in cura del bisogno di salute e di benessere, valendosi anche di servizi di consultazione, quali devono essere le attuali Unità di valutazione multidimensionale della ASL ed i futuri centri di orientamento della domanda che nella ASL stessa disporranno di tutti i dati relativi alle liste d'attesa, alle caratteristiche delle prestazioni assistenziali e ai costi dei vari servizi della rete.

31 - Valutazione dei nuovi bisogni assistenziali ed individuazione del ruolo e dei costi di unità d'offerta complementari

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
31.AP1	Assistenza/ Programmazione	Conoscenza della reale richiesta di servizi	Introduzione di interventi alternativi al ricovero	Tempi d'attesa per la soddisfazione della domanda di servizi

Come si è detto più sopra, a fine triennio sarà disponibile un flusso informativo continuo circa le necessità assistenziali della popolazione che si rivolge alla rete dei servizi ed il tipo di risposta che viene offerta. Il nuovo sistema informativo è stato programmato per consentire una interfaccia con il sistema informativo sanitario: sarà possibile seguire il percorso della popolazione all'interno di entrambi i sistemi e costruire i profili di cura e di assistenza, valutarne l'efficacia, i costi e la loro sostenibilità.

6. IL TERZO SETTORE

Se il termine sussidiarietà ci richiama l'esistenza di un “pubblico” che non è statale o regionale le organizzazioni non profit incarnano concretamente questa particolare categoria di soggetti giuridici i quali, pur senza rientrare nel novero della pubblica amministrazione, operano in coerenza con finalità ascrivibili all'intera collettività e non soltanto ai propri associati.

Il percorso evolutivo dell'universo non profit verso una sempre più diretta vocazione produttiva ed economica ha posto in luce l'insufficienza del quadro normativo attuale, che ci presenta un comparto scomposto in altrettanti segmenti (volontariato, associazionismo di promozione sociale, cooperazione sociale, enti regolati dal libro I del codice civile) regolati da leggi speciali.

Tale stato di cose si pone all'origine di un'esigenza sempre più comunemente avvertita di giungere ad un'unitaria definizione di organizzazione non profit che, sulla base di elementi giuridici, sociali economici ed organizzativi sia in grado di mantenere il quadro delle specificità oggi esistenti, consenta di riservare a tale tipo di organizzazioni un'omogenea disciplina in tema di impresa sociale (pur riconoscendo e valorizzando le rispettive peculiarità e caratteristiche di associazionismo, volontariato, cooperazione sociale, fondazioni e ONG), di utilizzo agevolato di forme di lavoro anche atipico e di una disciplina fiscale agevolativa che non è, oggi, rappresentata dal decreto legislativo 460/1997 sulle onlus. La Regione promuove il riconoscimento e il coinvolgimento da parte dei Comuni associati dell'associazionismo, del volontariato e della cooperazione sociale presenti sul territorio, nelle attività di programmazione locale e nella predisposizione e adozione dei piani di zona.

L'intervento legislativo regionale

E' di tutta evidenza che il mutamento necessario solo in parte può essere assecondato da un intervento normativo regionale.

A quest'ultima rimane interdetto, infatti, tanto la materia civilistica che quella fiscale.

Tuttavia, tenuto conto che gli organismi non profit costituiscono la quota assolutamente prevalente di gestori delle unità d'offerta dell'attuale sistema socio-assistenziale e socio-sanitario la competenza legislativa della Regione dovrà essere spesa in almeno due direzioni:

- attività definitoria del profilo comune di organizzazione appartenente al Terzo Settore;
- disciplina omogenea e premiante per l'esercizio delle suddette forme d'imprenditorialità.

Inoltre occorrerà riconsiderare i meccanismi previsti per l'affidamento in gestione dei servizi e per il loro acquisto da parte degli enti locali presso gli organismi non profit riconoscendo a questi ultimi, sempre attraverso strumenti normativamente definiti, il loro ruolo nell'ambito della programmazione regionale e locale.

Si tratta di orientamenti già definiti all'interno dell'Atto d'indirizzo e coordinamento sul Terzo Settore, scaturito dall'art. 5 della legge 328/2000.

Insomma la particolare natura del servizio svolto e del soggetto che lo svolge non potranno rimanere privi di conseguenze rispetto ai meccanismi dei quali abbiamo appena parlato.

Il Tavolo del III Settore

In coerenza con gli obiettivi indicati nello stesso PRS rimane prioritaria per il corretto sviluppo della politica regionale in materia di Terzo Settore l'istituzione del Tavolo permanente, destinato a costituire la sede stabile di raccordo tra la regione e gli organismi sociali rappresentativi del comparto in questione.

Pur nella riconosciuta criticità dell'assenza di univoci criteri per la definizione di un'esauritiva rappresentanza del Terzo Settore attraverso la quale dare vita al Tavolo, è possibile sin d'ora evidenziare alcuni punti irrinunciabili del suo funzionamento:

- riconoscimento del carattere rappresentativo delle organizzazioni di rete;
- articolazione per sessioni tematiche entro le quali consentire un più allargato livello di partecipazione;
- definizione delle seguenti aree di pertinenza del Tavolo:
 - interventi legislativi organici nella materia;
 - attività di programmazione;
 - interventi finanziari a sostegno del non profit;
 - attività di formazione.

La modifica della legge sull'Associazione

Un ulteriore intervento legislativo da realizzare in materia di Terzo settore è costituito dalla parziale revisione dei contenuti della legge regionale n. 28/1996.

Si tratta, per la verità, di un percorso imposto dall'entrata in vigore della legge 383/2000 (legge quadro sull'associazionismo di promozione sociale) sui cui contenuti pesa tuttavia, è bene chiarire, il quadro non ancora compiutamente definito di una serie di adempimenti attuativi di livello nazionale, primo fra tutti l'adozione del regolamento per l'iscrizione delle organizzazioni di promozione sociale nel relativo registro nazionale.

La valorizzazione del servizio civile

In linea con gli obiettivi del PSSR, il Servizio civile costituisce un prezioso supporto alle attività del servizio pubblico, al volontariato e all'associazionismo di promozione sociale. E' necessario attivare delle politiche per incrementare e valorizzare questa risorsa nella realtà lombarda e prefigurare gli sviluppi futuri anche alla luce della prevista abolizione della leva obbligatoria.

In tal senso la Regione Lombardia, in accordo con gli organismi rappresentativi degli Enti locali e degli enti di volontariato e no-profit convenzionati, intende:

- a) stabilire criteri per l'organizzazione e lo svolgimento del servizio civile regionale;
- b) promuovere moduli formativi, anche sperimentali, per lo svolgimento di progetti pilota del servizio;
- c) inserire l'impegno dei giovani in servizio civile anche nel sistema socio-sanitario-assistenziale;
- d) valorizzare le attività del servizio civile regionale;
- e) vigilare sul corretto svolgimento del servizio.

La Regione definisce inoltre le modalità di informazione e sostegno delle attività di formazione e addestramento al servizio civile regionale rivolte ai giovani ammessi a svolgerlo, nonché le iniziative idonee per favorire lo sviluppo formativo dei giovani (donne e uomini) in servizio anche al fine del loro inserimento nel mondo del lavoro e dei crediti formativi riconoscibili.

La Regione si coordina inoltre con le strutture statali competenti in materia di servizio civile e specificatamente con la prevista Agenzia di cui all'art. 10, comma 7, del d.lgs. 303/99 (Ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri, a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1977, n. 59), ora UNSC.

7. LE DUE RETI COSTITUTIVE DEL WELFARE LOMBARDO

Molto tempo prima che l'entrata in vigore della L. 328/2000 definisse una riforma che introduce nel nostro paese un modello nazionale uniforme di welfare sociale a carattere universalistico – *fondato sulla riconduzione a "sistema integrato" dei servizi e degli interventi predisposti in ciascuna regione per la tutela del "benessere sociale"* – la Regione Lombardia aveva programmato la realizzazione del proprio modello di welfare, che proprio nella integrazione sistemica delle sue reti di unità di offerta sociosanitaria e socioassistenziale trovava, e trova, la sua principale "identità culturale".

Ha ormai 14 anni la prima definizione programmatica e standardizzata del modello a rete dei servizi sociosanitari integrati (DCR. 871/87: *Piano Socio Assistenziale 88/90*) e risale a 6 anni fa il suo ulteriore affidamento operato con il *Progetto Obiettivo Anziani* (DCR. 1439/95).

E' invece più recente la definizione del quadro legislativo di riferimento che – in attuazione delle leggi Bassanini – ha distinto all'interno del "Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia" i ruoli e le competenze delle ASL, dai ruoli e dalle competenze dei comuni, completando l'assetto funzionale con una integrazione istituzionale che esalta ulteriormente l'originalità del "modello lombardo di welfare".

La legge regionale 1/2000 difatti, all'art.4 esplicitamente riconosce che:

- *“tutte le funzioni progettuali e gestionali dei servizi sociali sono esercitate dai comuni” (comma 49);*
- *“le funzioni sono esercitate dai comuni adottando a livello territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa, ed al rapporto con i cittadini – anche tramite associazioni intercomunali - secondo le modalità previste dalle leggi 142/90; 59/97 e dal DLGS 112/98”;*
- *“i comuni determinano autonomamente le forme per la gestione associata ai sensi della legislazione vigente” (comma 53).*

In coerenza alle decisioni sopra richiamate le reti che costituiscono nella nostra regione il “sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali”, auspicato per l'intero paese dalla legge quadro nazionale, sono due:

- la rete dei servizi ad elevata integrazione sociosanitaria di competenza delle ASL
- la rete dei servizi sociali di competenza dei comuni.

Ma la distinzione funzionale in 2 reti coincidenti con le diverse competenze interne al sistema delle autonomie, non contraddice la sistematicità e l'integrazione del welfare in quanto tutte le loro 24 unità d'offerta, discendono e rispondono ad una comune esigenza che è quella di garantire ed esaltare le sinergie di funzionamento e, contemporaneamente, di evitare i rischi propri delle settorialità:

le diseconomie di scala, le sovrapposizioni degli interventi, le disomogeneità dei criteri di standardizzazione, le ipertrofie organizzative, le rigidità di accesso, l'inibizione delle possibilità di evoluzione innovativa, la preclusione corporativa delle competitività, la mancata separazione funzionale delle attività di produzione dalle attività di programmazione, acquisto, controllo.

L'impianto delle reti del welfare lombardo ha, come noto, trovato la propria definizione normativa nella l.r. 31/97 che – dopo un periodo di vivace dialettica con le evoluzioni della riforma sanitaria nazionale – ha visto recentemente validato il suo impianto originale dalla Conferenza Stato-Regioni che ha recentemente approvato il progetto di sperimentazione gestionale *“completamento dell'attuazione del sistema sanitario dalla Regione Lombardia”*.

7.1. La rete delle unità d'offerta ad elevata integrazione sociosanitaria di competenza delle ASL

Con il presente PSSR vengono assunti per il triennio 2002-2004 le sottoelencate linee di indirizzo che risultano coerenti con le decisioni, sul nuovo ruolo delle ASL, precisate in premessa e relative alla:

- conclusione delle sperimentazioni condotte nelle ASL di Pavia, Lodi, Sondrio, Valcamonica e generalizzazione della distinzione tra acquirenti ed erogatori con l'ulteriore incremento della funzione ASL di programmazione, acquisto, controllo (modello PAC);
- graduale esternalizzazione di tutti i servizi che ancora rimangono a gestione diretta permettendo alle aziende, nella loro articolazione distrettuale, di concentrarsi sul governo della domanda;
- esigenza di dare adeguato contenuto ai contratti tra ASL e soggetti erogatori.

32 - Ridefinizione dell'indice di fabbisogno in considerazione delle risorse nazionali e regionali destinate al potenziamento dei servizi a sostegno della territorialità e della domiciliarità

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
32.AP1	Assistenza / Programmazione	Analisi delle liste d'attesa	Esternalizzazione servizi. Riequilibrio domanda e offerta di residenzialità	DGR per l'adozione del nuovo indice (7 pl/100 ultra 75)

L'indice vigente che definisce il fabbisogno di posti letto residenziali in RSA per anziani non autosufficienti in 3,5 pl ogni 100 abitanti ultra sessantacinquenni (U65) è sostituito dal nuovo valore fissato in 7 pl ogni 100 abitanti ultra settantacinquenni (U75). E' chiaro che tale indice non ha valore prescrittivo.

L'aggiornamento è necessario in quanto l'attuale indice non è più proponibile per una molteplicità di motivi:

- in considerazione dell'aumento della ricettività delle rete delle residenze sanitarie e sanitario-assistenziali che deriverà sia dalla riconversione ospedaliera che dal contenimento dell'attuale utilizzo delle residenze da parte di utenze improprie;
- in considerazione degli effetti provocati dall'estensione delle cure continuative domiciliari assicurate attraverso il sostegno finanziario all'autosoddisfacimento (buono sociosanitario e voucher per anziani e disabili);
- in considerazione infine delle modificazioni avvenute nella composizione della domanda. Infatti la quota maggioritaria della popolazione ultrasessantacinquenne (il 60% di essa costituito dagli anziani con età inferiore ai 75 anni) da tempo non esprime più una domanda di ricovero nelle RSA.

33 - La liberalizzazione degli accreditamenti

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
33.A1	Accreditamento	DGR	Accreditamento diritto oggettivo in presenza di requisiti	Abolizione del valore preclusivo dell'indice di fabbisogno - valenza solo programmatoria (indicatore rischio)

L'adozione del nuovo indice per le RSA comporta l'abolizione conseguente e necessaria del valore "preclusivo" fino ad oggi esercitato da tale parametro che nel prossimo triennio acquisterà una valenza solo programmatoria. L'indice di fabbisogno segnalerà le situazioni di eccedenza all'interno delle quali la localizzazione di ulteriori unità comporta un elevato "rischio aziendale".

Il nuovo indice perde la funzione "inibitrice" che ha fino ad oggi impedito in tali aree nuovi accreditamenti diminuendo la competitività tra gestori e favorendo rendite di posizione.

34 - Introduzione del Contratto

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
34.GE1	Gestione risorse	Sperimentazione Contratto	Completare separazione tra produzione esternalizzata di soggetti accreditati ed acquisto e controllo ASL Esternalizzazione servizi	Delibera definizione linee guida per l'adozione del contratto e la sua introduzione sperimentale (% sulle ASL)

La liberalizzazione degli accreditamenti, la minore pressione della domanda, la disponibilità di una rete complementare di RSA dovuta alla trasformazione dei piccoli ospedali, la realizzazione del piano di infrastrutturazione del comune di Milano che creerà 6000 nuovi posti nell'area metropolitana, sono fattori concomitanti che creeranno una situazione di maggiore equilibrio tra domanda e offerta che potrebbe addirittura verificare situazioni di eccedenza di posti nelle residenze sanitario-assistenziali.

In considerazione di questa particolare evoluzione nella rete più consistente del welfare regionale, ma anche in conseguenza all'esigenza imprescindibile e generale di rendere finanziariamente sostenibile la spesa socio-sanitaria è indispensabile introdurre forme contrattuali a livello centrale o decentrato in grado di governare le tariffe in rapporto ai volumi.

35 - Ridefinizione puntuale delle utenze proprie di ciascuna unità

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
35.Gef1	Gestione Risorse Economico Finanziarie	Sperimentazione Istituti universitari AO e ASL	Riclassificazione "condizioni di fragilità" Ridefinizione contenuti prestazioni assistenziali Introduzione nuove modalità di remunerazione riferite ai tre parametri (fragilità, qualità prestazioni, risultato)	Delibera di avvio della sperimentazione

Attraverso la riclassificazione delle "condizioni di fragilità" degli utenti ed il conseguente superamento di alcune categorie fin qui praticate (*NAT/NAP, Alzheimer, ecc.*) il PSSR persegue il duplice obiettivo di incrementare un'offerta più specialistica per i residenti e di considerare tale riclassificazione un'occasione qualificante per la residenza oltretutto utile ad avviare progetti di ricerca medica e di medicina sociale da attuarsi in collaborazione con gli istituti universitari e le aziende territoriali ed ospedaliere.

7.2. La rete dei servizi sociali di competenza dei Comuni

La sostanziale leggerezza della rete dei servizi sociali di competenza dei comuni è riconoscibile dalla lettura sintetica delle caratteristiche generali e comuni degli standard prescritti per le unità della rete dei servizi sociali:

Standard gestionali

non è prescritta la presenza di personale sanitario né laureato (classi 1, 2, 3) né di supporto (o.s.s.); eventuali prestazioni sanitarie sono assimilabili alle forme di assistenza rese a domicilio per le residenze socio-assistenziali protette, l'assistenza sanitaria viene configurata come: prestazioni medico-generiche infermieristiche, riabilitative e farmaceutiche così come disciplinato dalla Regione;

Standard strutturali

le caratteristiche strutturali, organizzative e tecnologiche devono garantire l'erogabilità delle seguenti prestazioni: somministrazione dei pasti, assistenza agli ospiti, attività aggregative e ricreativo-culturali; requisiti strutturali ulteriori (capacità ricettiva, camere, servizi igienici e altri servizi) così come specificati nel DM "requisiti minimi" attuativo dell'art. 9 della L. 328/2000;

possono essere eliminate tutte le disposizioni che hanno fin qui surrogato i “regolamenti edilizi e di igiene comunali” nel frattempo entrati in vigore;
per i requisiti strutturali delle residenze protette e delle unità che si configurano come nuclei “dedicati” interni alle residenze, si adottano le disposizioni vigenti per le strutture di inserimento;
per le residenze socio-assistenziali protette non nucleari, il DM attuativo della L. 328/00 prescrive specifici requisiti relativi a:
capacità ricettiva max (80 pl);
organizzazione in nuclei (max 20 pl disabili; 30 pl anziani);
camere, singole o doppie;
servizi igienici di camera e di nucleo;
servizi sanitari (armadio farmaci, ambulatorio, camera ardente, palestra);
locali comuni (per personale, depositi);
impianti elevazione;
arredi ed attrezzature.

Per i servizi sociali – come prescritto dalla legislazione regionale lombarda precedentemente richiamata (l.r. 1/2000, art.4, commi 49 e 53) e come ribadito dalla recente riforma sociale (L. 328/2000) – è completa ed esclusiva la competenza “progettuale e gestionale” dei comuni.

A riguardo però di tale titolarità comunale va tenuto ben presente che una delle principali e più positive innovazioni introdotte dalla legge quadro è costituita dalla obbligatoria riconduzione delle attività comunali di programmazione e gestione della rete dei servizi sociali al “Piano di Zona” prescritto dall’art.19 della legge 328/2000.

Il PdZ è l’espressione programmatica – che deve vincolativamente assumere la forma giuridica dell’accordo di programma – attraverso la quale si esprime un soggetto nuovo del welfare.

La riconduzione del “*sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali*” agli “*ambiti territoriali*” – definiti dalla Regione ma comunque sovracomunali – individua difatti un soggetto più adeguato per la programmazione, lo sviluppo e la gestione dei servizi sociali: il gruppo dei “comuni aggregati nell’ambito” che adotterà la forma più opportuna per esercitare il suo ruolo scegliendo la più consona delle modalità offerte dalla legislazione vigente (*costituzione di unioni, associazioni, consorzi, aziende dei servizi alla persona*).

Con ciò è stata creata la prima delle precondizioni all’integrazione tra reti comunali e reti regionali in quanto viene superata innanzitutto la barriera dimensionale che fino ad oggi – *soprattutto in regioni come la Lombardia ad elevata frammentazione municipalistica* – ha di fatto vanificato la reale integrazione tra competenze comunali e competenze ASL imponendo tre strade obbligate: la delega delle proprie funzioni da parte dei piccoli comuni alle ASL, la ricerca esasperata dell’autonomia da parte delle città, la conflittualità e la sovrapposizione delle funzioni esercitate da entrambi (vedi SAD ed ADI).

Appare comunque evidente che sull’integrazione tra le due reti di servizi sociali e dei servizi ad elevata integrazione si gioca buona parte del *rapporto tra regione ed enti locali*, si gioca una quota consistente della “*buona pratica del principio di sussidiarietà verticale*”, si gioca infine una variabile decisiva del futuro del welfare e delle sue *possibilità di sviluppo sostenibile*.

Appare infine altrettanto evidente che le prime mosse di tale partita saranno giocate a livello della definizione da parte della regione degli ambiti territoriali e nella scelta regionale dei criteri e delle modalità di erogazione dei trasferimenti di risorse finanziarie: fondo sociale nazionale e fondo sociale regionale.

In tale ottica la Regione provvede annualmente, in maniera adeguata, con l’erogazione di specifici finanziamenti per gli interventi socio assistenziali.

LE REGOLE DI GOVERNO

IL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA

Nell'accordo dell'8 agosto 2001 il governo e le regioni hanno concordato l'ammontare del finanziamento per il SSN relativo al periodo 2001-2004: il governo si è impegnato ad incrementare il concorso dello Stato al finanziamento del SSN a patto che le regioni adottino misure di verifica degli andamenti della spesa mentre le regioni si sono impegnate a far fronte alle eventuali ulteriori esigenze finanziarie con mezzi propri confermando la soppressione del vincolo di destinazione delle risorse destinate al finanziamento del SSN e le responsabilità assunte con l'accordo del 3 agosto 2000.

Il finanziamento per il servizio sanitario regionale deve essere certo e sufficiente a garantire i livelli di assistenza che il governo si è impegnato a definire entro il 30 novembre 2001 riconoscendo l'esigenza di dare stabilità e certezza al finanziamento del SSN che dovrà attestarsi, entro un arco temporale ragionevole, ad un valore del 6 per cento rispetto al PIL.

Entità finanziamento pubblico

	2001	2002	2003	2004
Italia	71.271 mil € 138.000 mld lire	74.564 mil € 144.376 mld lire	77.531 mil € 150.122 mld lire	80.500 mil € 155.871 mld lire
Lombardia	11.403 mil € 22.080 mld lire	11.930 mil € 23.100 mld lire	12.405 mil € 24.020 mld lire	12.880 mil € 24.939 mld lire

In quest'ottica si rende necessario ripensare ai meccanismi di finanziamento in essere a livello regionale, prevedendo la progressiva soppressione dei fondi di riorganizzazione della rete ospedaliera ed il fondo extra consumi.

L'ASL gestirà la quota capitaria assegnata in modo flessibile sulla scorta delle esigenze sanitarie e sociosanitarie del proprio territorio. Poiché lo strumento fondamentale è rappresentato dal contratto con i soggetti erogatori, sarà sempre meno necessario fissare a priori, a livello regionale, le quote del fondo sanitario provinciale o di ASL da destinare ai vari livelli di assistenza.

La pluralità di soggetti acquirenti è prevista nella normativa attuale solo per i livelli di attività integrativa. E' opportuno prevedere, qualora la normativa nazionale lo consentisse, lo sviluppo di iniziative in grado di promuovere anche la sperimentazione di forme sostitutive in relazione ad alcune tipologie di patologie o di particolari prestazioni, garantendo la libertà di scelta dei cittadini e salvaguardando il loro rapporto fiduciario con il MMG e il PLS. I soggetti attivi nelle forme sostitutive potranno essere, proprio per la rilevanza e per la necessità di assicurare tutti gli operatori e gli utenti, rappresentati da soggetti non profit. Si tratta in particolare di poter favorire l'accesso e lo sviluppo graduale di soggetti senza finalità di lucro, espressione della società civile, con compiti di acquisizione e garanzia, in nome e per conto degli "associati", di servizi sanitari e socio-sanitari. Ciò consentirebbe ai cittadini di esercitare pienamente la libertà di scelta, punto di forza della riforma lombarda, aiutandoli a percepire le organizzazioni di servizio ed i sistemi di finanziamento che le sostengono, quali espressione della propria autonomia politica, sociale ed economica. Si segnala inoltre che, a fronte di risorse comunque definite e non sufficienti, la strada della pluralità di acquirenti dei servizi sanitari potrebbe consentire di erogare alcune prestazioni, pur ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, con una minima, se non nulla, partecipazione dei fondi pubblici.

L'attivazione di forme di assistenza integrativa rappresenta lo strumento attraverso il quale consentire di aumentare le risorse finanziarie a disposizione del sistema. Nel momento in cui si sta approntando il documento di Piano è all'esame del Governo e delle Regioni la proposta di modificare la portata dell'art. 9 del d.lgs. 502/92⁷ e successive modifiche ed integrazioni nel senso di ampliare la possibilità di erogazione delle prestazioni integrative a tutte le strutture autorizzate e di approfondire la possibilità di gestione di fondi integrativi a livello regionale.

Ad oggi i punti critici della riforma dei fondi integrativi sono rappresentati, principalmente da:

⁷ (Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale)

Omissis

4. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è rappresentato da:

- prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditate;
- prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;
- prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

Omissis

Nota esplicativa

Le disposizioni delle lett. b) e c) andrebbero riformulate o eventualmente abrogate, in relazione alla definizione dei Livelli Essenziali di assistenza, compresi quelli relativi al socio-sanitario. Andrebbe ulteriormente valutata la possibilità di inserirli nella programmazione sanitaria regionale. al comma 1), lettera a) la parola "accreditate" dovrebbe essere sostituita con "autorizzate".

- problemi di valutazione: scarsità di informazioni puntuali nel contesto in cui viene introdotta la riforma, sia dal lato dell'offerta dei servizi integrativi e sostitutivi da parte dei fondi esistenti, sia dal lato della domanda attuale e potenziale da parte degli utenti;
- problemi concreti legati alla mancata definizione dei livelli essenziali (o garantiti) di assistenza da parte del livello centrale;
- necessità di valutare gli effetti delle esenzioni fiscali sulla promozione del mercato dei fondi integrativi del SSN e sul gettito fiscale;
- definizione della modalità di gestione e dell'attività di vigilanza sui fondi.

Dallo scenario risultante ad oggi si evidenzia che solo il 60% delle spese per i servizi erogati dai fondi esistenti è destinata a servizi integrativi, per cui la loro trasformazione in fondi "doc" come previsto dal testo ad oggi vigente del d.lgs. 502/92 comporta una profonda modificazione del rapporto fra fondi integrativi ed erogatori.

Un aspetto meritevole di approfondimento che può rappresentare una possibile strategia di sviluppo degli stessi è rappresentato dagli strumenti e dalle modalità di erogazione delle cure che consente l'Information Technology, in particolare la telemedicina. Un utilizzo interessante di questa tecnologia è dato, ad esempio, da quella che sta sviluppando il sistema sanitario inglese che integra il medico di medicina generale in un call center ed un sito. Una esperienza di call center medico è in fase di avvio nella città di Milano e provincia, nell'ambito dei progetti di riqualificazione dell'assistenza sanitaria della città di Milano. Si ritiene che tale esperienze possa trovare sinergie con l'attivazione di forme di assistenza integrativa.

Per quanto riguarda il settore delle cure in cui prioritariamente l'attivazione di fondi integrativi può trovare riscontro è quello dell'odontoiatria. In questo settore è prevista la progettazione di un fondo integrativo regionale ad hoc, nell'ambito di un progetto di ricerca cofinanziato dal Ministero della sanità.

Altri settori, alla luce dell'accordo sui LEA del 22 novembre 2001, sono la medicina complementare e la medicina dello sport.

36 - Aumento risorse a disposizione del sistema

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
36.GE1	Gestionale	Fondi integrativi	Progettazione di un fondo regionale ad hoc per l'odontoiatria	Livello di adesione al fondo
36.GE1	Gestionale	IT	Attivazione call center medico	N. accessi evitati

L'equilibrio economico-finanziario

L'evoluzione e la riforma del servizio sanitario regionale si sono attuate in questi anni mantenendo fede ad un dettato imprescindibile: l'equilibrio economico e finanziario del sistema.

Tale assunto non può che rimanere nella prospettiva dell'ulteriore sviluppo prospettato per il SSR della Lombardia.

La possibilità di realizzare un sistema sanitario innovativo garantendo un equilibrio con le risorse a disposizione trae origine da più fattori:

- il progressivo sviluppo del principio dell'aziendalizzazione del comparto pubblico, che ha permesso un recupero della produttività e dell'efficienza nella rete dei servizi a gestione pubblica e che presenta ulteriori margini di miglioramento;
- la certezza del finanziamento per la sanità pubblica, che è stato sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni con un accordo che riconosce il fabbisogno reale e ne prevede con chiarezza il relativo finanziamento;
- la predisposizione di un sistema di controllo di gestione che troverà una sua puntuale applicazione, rendendo sempre più lineare ed efficiente il processo di allocazione delle risorse coerentemente al fabbisogno e agli obiettivi di salute definiti.

L'avvento delle nuove tecnologie, inoltre, produrrà effetti positivi sui processi organizzativi delle singole aziende, migliorando al contempo la qualità dei processi e il grado di utilizzo delle risorse utilizzate.

37 - Equilibrio economico finanziario

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
37.Gef1	Gestione Risorse Economico Finanziarie	Aziendalizzazione, certezza finanziamento	Equilibrio economico finanziario nel triennio	Pareggio economico

La liquidità del sistema

L'analisi della situazione attuale del SSR mette in evidenza il ritardo con cui le aziende sanitarie provvedono ad adempiere alle proprie obbligazioni di pagamento nei confronti dei fornitori.

Una situazione di questo tipo trae origine:

- da un deficit strutturale di risorse determinato da un gap che si è verificato nel corso degli anni tra le erogazioni statali e l'effettivo fabbisogno del SSR;
- dalle complessità insite nelle procedure atte a rendere disponibili le risorse finanziarie alle aziende e dalle difficoltà nell'utilizzo delle risorse nel momento in cui si rendono disponibili.

La Regione Lombardia è invece impegnata a pagare i propri fornitori entro i termini contrattualmente previsti. Per questo il quadro sopra delineato spinge a definire meccanismi di finanziamento che siano in grado di ottimizzare la gestione finanziaria e di ridurre il deficit, eliminando le inefficienze (anche relativamente ai maggiori costi indotti) che in situazioni di questo tipo inevitabilmente si creano.

Anche alla luce degli accordi tra Stato e Regioni in materia di maggiore flessibilità nella gestione finanziaria delle aziende attraverso un maggiore ricorso all'anticipazione di cassa, all'accensione di mutui e ad altre forme di indebitamento, la Regione ha già avviato iniziative volte a ricorrere a forme innovative di finanziamento come la cartolarizzazione dei crediti nei confronti dello Stato e come il ricorso a forme di factoring.

La Giunta regionale con proprio provvedimento definirà, nel rispetto della normativa vigente, le modalità operative di quanto sopra anche in deroga al contenuto dello schema tipo di contratto di tesoreria in essere tra le aziende sanitarie e le banche tesoriere.

38 - Aumento della liquidità

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
38.Gef1	Gestione Risorse Economico Finanziarie	finanziari	Aumenti della liquidità	Riduzione tempi di pagamento dei fornitori

I CRITERI DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Le modalità di remunerazione delle prestazioni sanitarie sono da annoverarsi tra gli strumenti che permettono di attuare i principi istituzionali ed organizzativi dei sistemi sanitari. In effetti, con le riforme degli anni '90, si è introdotto il finanziamento prospettico a prestazione come uno degli strumenti utili alla implementazione del processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie, in un momento storico in cui era inevitabile governare la spesa sanitaria con degli strumenti che tutelassero soprattutto le istanze dei soggetti finanziatori (Stato, Regioni), spostando il rischio finanziario prevalentemente sul versante dei soggetti erogatori. La Regione Lombardia ha voluto implementare fortemente il sistema di finanziamento prospettico a prestazione e lo ha esteso ad ambiti che in altre regioni restano prevalentemente finanziati a fattori produttivi, come ad esempio l'area psichiatrica. Questo lavoro è inserito in un processo di revisione periodica dei costi delle strutture sanitarie accreditate sia pubbliche, sia private, e di definizione delle attività sanitarie che necessitano di essere finanziate a funzione. Dall'anno 2000 si è introdotto, per le attività riabilitative, un finanziamento integrativo legato al possesso di requisiti di qualità che è stato sviluppato in collaborazione con le società scientifiche. Questo è da considerarsi un primo passo verso la costruzione di un sistema di remunerazione che consideri tutti gli aspetti strutturali, organizzativi e gestionali coinvolti nella produzione delle prestazioni sanitarie e che permetta di differenziare le modalità di remunerazione cogliendo in maniera puntuale le differenze presenti nel sistema. Per proseguire in questa direzione si dà mandato alla Giunta regionale, nel primo anno di vigenza del piano, di definire le modifiche della remunerazione delle prestazioni con particolare riferimento alla rete dell'emergenza urgenza, delle attività erogate in modalità alternativa alla degenza ordinaria, delle prestazioni territoriali, delle prestazioni psichiatriche nonché le prestazioni innovative ad elevato valore sociale e di assistenza globale al cittadino.

Nell'ambito dell'aggiornamento del sistema tariffario verranno valutati i costi di produzione anche in relazione ai condizionamenti strutturali legati al territorio montano, con particolare riferimento alle attività di emergenza-urgenza. Verrà altresì definito, con riferimento a quanto previsto dall'art. 36 della l.r. n. 10/1998⁸, un modello di declinazione del piano socio sanitario regionale in relazione alla specificità del territorio montano.

⁸ L'art. 36 della l.r. n. 10/1998 è il seguente: "(Servizio sanitario) 1. La Giunta regionale, nella definizione dei criteri di organizzazione sul territorio dell'assistenza sanitaria, per le zone montane tiene conto degli elementi di condizionamento e disagio costituiti dalla bassa densità di popolazione, dalla sua dislocazione, dalle difficoltà dei collegamenti, anche in relazione alle condizioni climatiche, dalla struttura dei rapporti familiari. 2. Nelle zone "B" e "C" di cui all'art. 5, l'organizzazione sanitaria sul territorio montano, può prescindere dai parametri di costo e di efficienza utilizzabili per il territorio urbano e comunque a limitato disagio. 3. La Giunta regionale determina le possibilità di scostamento dai suddetti parametri, in relazione alla necessità di garantire al territorio montano un servizio sanitario efficiente e comunque ricompreso nei livelli minimi di assistenza previsti, sia in termini di raggiungibilità dei presidi ospedalieri per l'emergenza e l'emergenza, che per quanto riguarda le prestazioni sul territorio, nel generale quadro di compatibilità economica. 4. La Regione garantisce il servizio di eliambulanza per tutto il territorio montano ed attrezza le strutture ospedaliere con idonei punti di atterraggio. 5. La Regione riconosce il soccorso alpino e speleologico lombardo del Club Alpino Italiano (CAI) come soggetto di riferimento da utilizzare per le azioni di salvataggio e recupero per il soccorso in montagna e ne garantisce il sostegno mediante contributi ad interventi effettuati, stipulando specifica convenzione".

39 - Miglioramento del sistema di remunerazione

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
39.Gef1	Gestione Risorse Economico Finanziarie	Finanziamento a prestazione	Aumentare la comprensione delle variabili che incidono sui costi delle prestazioni	Deliberazione di nuove modalità di remunerazione dell'area dell'emergenza - urgenza e DH
39.Gef2	Gestione Risorse Economico Finanziarie	Finanziamento a prestazione	Adozione del sistema a pagamento a prestazione per le attività territoriali	Definizione della classificazione e delle tariffe delle attività territoriali
39.Gef3	Gestione Risorse Economico Finanziarie	Finanziamento a prestazione	Differenziazione tariffaria collegata alla qualità delle strutture erogatrici	Definizione della graduazione tariffaria
39.Gef4	Gestione Risorse Economico Finanziarie	Finanziamento a prestazione	riclassificazione dell'offerta riabilitativa intensiva ed estensiva	Deliberazione di nuove modalità di remunerazione della riabilitazione e della lungodegenza

LA NEGOZIAZIONE ED I CONTRATTI

Con la DGR VI/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:

- libertà di scelta del cittadino;
- differenziazione tra soggetti acquirenti e soggetti erogatori;
- piena parità di diritti e di doveri tra strutture di diritto pubblico e di diritto privato.

Attualmente è previsto uno schema tipo di contratto che pone nell'accettazione delle regole del sistema e nel loro successivo monitoraggio le premesse per il buon funzionamento del servizio sanitario regionale.

All'interno della stessa delibera, si dava mandato di sperimentare una negoziazione di volumi, tipologie e tariffe di prestazioni di ricovero tra ASL ed erogatori nel territorio della ASL di Brescia; sperimentazione, questa, da effettuarsi sulla base di linee guida definite dalla DG Sanità. Nonostante i limiti e le difficoltà emerse nell'implementare un modello contrattuale decentrato, in cui i soggetti "assicuratori" dovrebbero godere di un forte mandato da parte dei cittadini, è necessario procedere alla sperimentazione di modelli negoziali che vedano la possibilità di contrattare le tariffe per tipologia di prestazioni in relazione ai volumi delle stesse.

Analisi della domanda, 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 dovranno essere comunque esplicitati e perseguiti nella definizione dei contratti. Si dà mandato alla Giunta, nel primo anno di applicazione del Piano, di definire, in congruenza con i principi sopra esposti, delle linee guida per la negoziazione, di coinvolgere in questo processo altre ASL e di introdurre delle regole che attribuiscono parte del rischio finanziario anche ai soggetti acquirenti delle prestazioni.

40 - Armonizzazione dei rapporti tra domanda ed offerta

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
40.Gef1	Gestione Risorse Economico Finanziarie	Contratto	Attuare compiutamente la contrattazione fra ASL e soggetti accreditati	Deliberazione di prime linee guida per il contratto e loro sperimentazione (% su ASL)

L'AUTORIZZAZIONE L'ACCREDITAMENTO E LA QUALITÀ

Di fondamentale importanza per la sempre maggiore qualificazione del servizio socio sanitario offerto ai cittadini, risulta l'ulteriore implementazione dei percorsi di definizione delle regole per:

- l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie, attraverso la messa a punto di un sistema autorizzativo volto a costituire un reale momento di garanzia e sicurezza per i cittadini;
- l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie per conto del Servizio Sanitario Regionale, attraverso la definizione di ulteriori requisiti di accreditamento istituzionale: l'insieme dei requisiti di accreditamento costituisce il livello qualitativo che il SSR offre ai cittadini.

Finora, il progetto di autorizzazione e accreditamento compiuto dalla regione Lombardia ha riguardato prevalentemente l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale. Si tratta, ora, di estendere il progetto ai restanti ambiti delle attività sanitarie e sociosanitarie.

41 - Sistema autorizzativo e di accreditamento

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
41.A1	Accreditamento	Sistema Autorizzativo	Identificazione di requisiti autorizzativi: recepimento del DPR 14.1.97 ed eventuale introduzione di altri requisiti autorizzativi regionali	Costituzione della banca dati delle strutture sanitarie e socio sanitarie autorizzate
41.A2	Accreditamento	Accreditamento	Identificazione degli ulteriori requisiti per l'accREDITamento	Costituzione della banca dati delle strutture sanitarie e socio sanitarie accreditate

Inoltre, portato a compimento il progetto dell'accREDITamento delle attività ospedaliere e di assistenza specialistica, è giunto il momento per il rilancio di una seconda fase progettuale che, meglio valorizzando gli aspetti qualitativi dell'assistenza erogata, anche grazie all'esperienza maturata in questi anni nel settore della qualità, identifichi requisiti di accREDITamento legati a livelli qualitativi crescenti.

42 - AccREDITamento per livelli qualitativi

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
42.A1	AccREDITamento	Processo di accREDITamento	Identificazione di requisiti legati a livelli qualitativi crescenti	AccREDITamento per classi di qualità crescente

Parallelamente al percorso descritto di accREDITamento istituzionale, sempre maggiore dovrà essere l'impegno nell'implementazione del sistema qualità aziendale che dovrà trovare coerenza rispetto agli ambiti di sviluppo approfonditi in questi anni. Tale percorso dovrà salvaguardare l'ottica di strumento aziendale di qualificazione delle attività, tenendo conto dell'ambito competitivo in cui operano oggi le strutture e del fondamentale punto di vista degli operatori.

Infine, sempre maggiore peso dovrà assumere il punto di vista dei cittadini con un'analisi approfondita e strutturata della qualità percepita dagli stessi, favorendo l'accessibilità ai servizi e promuovendo azioni di miglioramento mirate su aspetti fortemente sentiti dai cittadini. Uno sforzo aggiuntivo è richiesto al fine di collegare la qualità percepita alla qualità di vita dei cittadini in rapporto alle cure e ai trattamenti effettuati.

L'ATTIVITÀ PROGETTUALE

Le politiche sociosanitarie acquisiscono sempre più importanza nel promuovere una popolazione sana e ben educata che abbia la sicurezza di abbracciare piuttosto che resistere al cambiamento e sia in grado di produrre decisioni influenti per la propria organizzazione. In questa ottica le politiche sociali diventano efficaci non solo nel promuovere un corretto sviluppo sociale dei paesi, ma anche nel favorire lo sviluppo economico e la capacità di autoorganizzarsi.

I profondi e rapidi mutamenti in atto nella società moderna impongono quindi una nuova visione delle politiche sociali e del ruolo che le amministrazioni devono esercitare nel saper far fronte con rapidità a tali cambiamenti. Uno degli strumenti che può supportare le amministrazioni è l'attività progettuale.

Essa è caratterizzata da flessibilità, viene realizzata in un arco temporale predefinito, permette di sperimentare modelli innovativi che, una volta validati, possono trasformarsi in servizi o dar vita ad interventi in grado di far fronte a bisogni o esigenze che non vengono soddisfatti tramite l'attività istituzionale dei servizi stessi.

Costituisce pertanto un fondamentale strumento di programmazione.

Il sistema socio assistenziale della Regione Lombardia è organizzato con una serie di servizi di tipo residenziale, diurno o domiciliare, definiti e programmati sulla base di bisogni individuati o espressi dalla popolazione.

Tali servizi perseguono obiettivi di tipo riparativo e di prevenzione delle situazioni di disagio, ma integrano costantemente l'obiettivo aggiuntivo di fornire agli utenti la possibilità di autosostenersi attraverso l'integrazione degli interventi sociali con quelli sanitari, culturali, educativi, delle politiche abitative e, soprattutto, formativi ed occupazionali.

A sostegno dell'attività degli stessi esiste una intensa attività progettuale finanziata con leggi di settore nazionali o regionali che per l'anno 2000 ha portato all'approvazione ed al finanziamento di circa 1800 progetti. Tale attività ha conseguito importanti risultati attuando diffusamente interventi in grado di rispondere a bisogni sociali espressi dal territorio, diffondendo la cultura della progettualità, facilitando il superamento dei settorialismi, attraverso una migliore ridefinizione del ruolo programmatico delle istituzioni e promuovendo la collaborazione tra istituzioni e terzo settore per l'uso di risorse e di competenze.

L'attività progettuale, sin qui realizzata sulla base delle specifiche leggi di settore, presenta però alcune criticità costituite dalla mancanza di una strategia complessiva e da difficoltà di governo per l'elevato numero di progetti, alcuni dei quali si sovrappongono alla normale attività dei servizi. L'elevato numero di progetti, spesso di piccole dimensioni, determina inoltre perdita di efficienza per la mancanza di economie di scala e di scopo.

Con la legge 328/2000 e la finanziaria 2000 il Governo si è impegnato ad erogare in un'unica soluzione alle regioni i finanziamenti delle leggi di settore e la quota aggiuntiva. Il che consente alla Regione di individuare una quota destinata alle attività sperimentali ed una invece destinata al finanziamento di interventi e di predisporre un piano di azione complessivo:

- sulla base delle priorità regionali relative ai diversi settori di intervento;
- sulla base degli orientamenti nazionali ed europei;
- sulla base delle attività progettuali già in corso, finanziate da altri enti, nell'ambito di specifici programmi.

43 - Miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle attività progettuali

	Area	Strumento	Azione Chiave	Indicatore
43.GE1	Gestionale	Piano regionale delle attività progettuali	Promozione di partenariati di sviluppo misti, pubblico-privato Introduzione di una soglia di budget minimo ammissibile determinata sulla base delle diverse aree di intervento Introduzione di criteri di valutazione basati sul possibile mainstreaming orizzontale e/o verticale Attuazione di una attività di monitoraggio dei progetti basata su indicatori di risultato e di outcome	Predisposizione del piano regionale entro sei mesi dal PSSR N. di progetti approvati, rispondenti ai criteri definiti dal Piano regionale delle attività progettuali

IL SISTEMA DEI CONTROLLI

L'attività di controllo comprende una serie di aree tematiche tra loro diverse che possono trovare comunque, in alcuni casi, delle affinità funzionali. Storicamente l'attività di controllo delle ASL è quella riferita alla funzione di vigilanza svolta dagli organismi deputati alla prevenzione, con funzioni di sorveglianza sanitaria degli ambienti, delle comunità, degli animali, degli alimenti, ecc. Inoltre in questi anni si è sviluppata la concezione dell'attività di controllo ai fini gestionali, con un'analisi dei costi e delle attività produttive, con aspetti tipicamente aziendalistici.

Si ritiene opportuno che l'ASL mantenga tutte le funzioni di controllo ad oggi effettuate, cercando di integrare funzionalmente tra di loro le varie attività svolte; il controllo sulle attività sanitarie delle varie strutture presenti sul territorio dell'ASL deve essere integrato da un controllo dell'andamento dei costi e di tutte le componenti che incidono sul sistema sanitario regionale. Peraltro anche le strutture erogatrici devono attuare un controllo continuo dell'attività svolta, attivandosi al proprio interno con strutture dedicate. La logica dell'integrazione delle attività di controllo trova, a livello aziendale, nel controllo di gestione lo strumento operativo per concentrare l'attenzione sui fattori strategici per il governo aziendale. Per attuare quanto sopra sono da tenere in considerazione i seguenti criteri:

- l'attività di controllo si inserisce, come tematiche e competenze, nello sviluppo del sistema di qualità aziendale;
- le strutture erogatrici sono responsabilizzate dell'attività di controllo interno;
- le ASL e le strutture erogatrici devono condividere le modalità operative e gli ambiti di interesse delle analisi, interpretandone congiuntamente i risultati.

In un sistema così concepito la Regione ha il compito di stabilire alcune regole fondamentali sulle quali le singole ASL possano svolgere al meglio le proprie funzioni di controllo, confrontandosi con le strutture erogatrici in modo da poter condividere tematiche e modalità. Questo non sminuisce l'attività di controllo delle ASL ma permette di ridurre i contenziosi che un'attività di vigilanza può comportare, concordando a priori gli ambiti di interesse, ai fini di uno sviluppo omogeneo ed organico del sistema sanitario regionale, con un'attenzione particolare alla qualità dell'assistenza resa e ai bilanci aziendali. In tale ambito è opportuno valorizzare, ove possibile, l'autocertificazione da parte delle strutture erogatrici, come esito di un controllo di qualità interno, che potrà essere sottoposto a sua volta alla verifica di competenza da parte delle ASL.

Un aspetto riferito ai controlli che in questi anni si è particolarmente sviluppato è quello dell'ambito di ricovero e cura. Il 1/1/95 è stato introdotto in Regione Lombardia il sistema a pagamento a tariffa delle prestazioni di ricovero e al fine di monitorare tale sistema e valutare la correttezza dei comportamenti delle strutture erogatrici, la Regione Lombardia ha ritenuto opportuno attivare alcune modalità di controllo. Il nucleo operativo di controllo regionale delle attività sanitarie accreditate è stato istituito con la DGR n° 6/29381 del 20 giugno 1997 mentre la DGR n° 34809 del 27 febbraio 1998 ha stabilito che i controlli fossero attuati direttamente dalle ASL, con l'attivazione di propri NOC aziendali. L'attività svolta, prima dai NOC regionali e successivamente da quelli dell'ASL, ha permesso di evidenziare

alcune 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 alcune volte induceva scelte organizzative migliorabili.

Rispetto all'area dell'attività specialistica si individuano i seguenti sviluppi:

44 - Individuare le aree critiche per il sistema dei controlli

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
44.GE1	Gestionale	Cartella clinica-SDO	Analisi eventi sentinella	N. eventi sentinella verificati

Individuazione da parte della Regione di eventi sentinella indicativi di comportamenti meritevoli di essere approfonditi e che evidenziano le aree da sottoporre a controllo, secondo protocolli espliciti da evidenziare. Quanto sopra ha la finalità di individuare alcune aree critiche, molto selezionate, sulle quali incentrare l'attenzione, in modo da mantenere un sistema di vigilanza, utilizzando criteri condivisi tra ASL ed erogatori. La scelta di centrare l'attività di controllo su eventi – sentinella, che possono, di anno in anno, essere modificati, coerentemente con la finalità generale di monitoraggio su tutto l'ambito regionale tramite verifiche ed approfondimenti su specifiche modalità di erogazione delle prestazioni, è finalizzata a rendere uniformi e contemporanee su tutto il territorio le fattispecie oggetto di verifica.

45 - Condividere modalità di controllo

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
45.GE1	Gestionale	Protocolli	Applicazione protocolli su appropriatezza generica e specifica	N. cartelle esaminate

Definizione di un percorso legato ai controlli, da integrare funzionalmente ai progetti qualità che si sviluppano in ogni struttura

La finalità è quella di definire metodologie a livello regionale, in collaborazione con ASL e strutture erogatrici, per poi responsabilizzare direttamente le strutture allo svolgimento dei controlli. In questo ambito la Regione deve definire le strategie e il metodo da utilizzare, le ASL e le strutture erogatrici del territorio di competenza devono, a loro volta, stabilire modalità operative e gli ambiti di interesse degli "auto-controlli", interpretandone, alla fine, i risultati. Le metodiche per effettuare quanto previsto rientrano nell'ambito dell'analisi da una parte dell'appropriatezza generica e dall'altra di quella specifica. Per l'analisi dell'appropriatezza generica si utilizzerà un protocollo specifico, l'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol), mutuato dal metodo maggiormente utilizzato a livello internazionale. Il nome del nuovo metodo è RL-PVA (Regione Lombardia – Protocollo Valutazione Appropriatezza) che contiene il metodo PRUO modificato in alcuni criteri con una metodica specifica per valutare l'appropriatezza in ambito chirurgico. Per quanto riguarda l'appropriatezza specifica si è proceduto alla validazione di pochi e selezionati protocolli diagnostico-terapeutici, su aree e settori da individuare, che sono significativi dal punto di vista dell'impatto per l'attività svolta. Per la stesura degli stessi si è fatto riferimento a quanto riportato dalla letteratura, con l'impegno di contestualizzarli nell'ottica regionale, in collaborazione con le società scientifiche.

46 - Controllare l'attività ambulatoriale

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
46.GE1	Gestionale	Protocollo	Applicazione protocollo su attività ambulatoriale	N. prestazioni esaminate

Nell'arco dell'anno 2002 si dovrà prevedere una metodologia di controllo dell'attività ambulatoriale effettuata da tutti gli erogatori, pubblici e privati accreditati, definendo, in prima istanza, le aree di maggior interesse ed individuando gli aspetti da sottoporre all'analisi. Tale aspetto risulta ormai imprescindibile per la rilevanza economica e numerica dell'attività ambulatoriale, e per una valutazione completa dell'attività svolta all'interno del SSR. Anche per questa tematica dovrà essere sviluppata un'analisi sia sugli aspetti formali sia sugli aspetti di tipo clinico, concordando tra le parti le modalità e i contenuti, in modo da codificare un protocollo che sia in grado di far emergere aree da sottoporre a valutazione continua.

Il problema di definire l'oggetto del controllo è solo una parte della tematica dei controlli delle prestazioni sanitarie che la Regione Lombardia ha impostato in questi anni e che ha rilanciato con una nuova impostazione con la DGR 3826/2001. 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 nell'ambito dell'appropriatezza dovrà tenere conto degli aspetti riportati, valutando gli eventi sentinella e applicando i protocolli per l'appropriatezza generica, specifica e dell'attività ambulatoriale, individuando alcune classi di scostamento da valori attesi e rapportandole ad una decurtazione economica relativa. Le classi dovranno essere suddivise per i tre ambiti ma integrate in modo da poter applicare la valutazione sugli scostamenti su base semestrale.

I controlli contabili

L'aziendalizzazione ha prodotto strumenti e comportamenti virtuosi all'interno della rete dei servizi a gestione pubblica. Gli effetti di tale processo sono evidenti e segnalano la possibilità che ulteriori progressi possono essere ottenuti attraverso un affinamento dei sistemi contabili delle aziende sanitarie pubbliche.

La prospettiva di breve e medio periodo è dunque quella di sviluppare e migliorare l'organizzazione contabile delle aziende, in modo da rendere sempre più trasparente l'utilizzo delle risorse rispetto al grado di raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati.

La Regione è dunque interessata a sviluppare 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.

47 - Controlli contabili

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
47.GE1	Gestionale	Istituzione Nucleo Operativo Controlli Contabili	Controllo dei bilanci e delle attività contabili	N. controlli effettuati

QUALITÀ ED EFFICIENZA: I PIANI STRATEGICI

L'esperienza dei piani strategici aziendali appare essenziale per promuovere un coordinamento effettivo che parta da chi ha responsabilità sul raggiungimento dei risultati della gestione.

Si conferma il valore di strumento programmatico dei piani strategici triennali in una logica di programmazione bottom-up che dovrà essere aggiornata ed integrata sulla base dei contenuti del presente Piano.

Le aziende ospedaliere pubbliche, compresi gli IRCCS e gli ospedali classificati, presenteranno i piani strategici triennali per il periodo di vigenza del piano indicando:

- le linee di sviluppo aziendale in aderenza al PSSR con i relativi progetti strategici;
- la rimodulazione dell'offerta ospedaliera;
- le previsioni triennali del quadro economico finanziario e delle risorse umane.

La programmazione triennale aziendale delle attività, del budget e delle risorse umane e strumentali risulta un fattore essenziale di sviluppo del processo di aziendalizzazione. Già oggi le aziende dispongono pertanto di una serie di strumenti operativi che devono essere raccordati affinché la gestione del personale possa inserirsi utilmente nell'analisi economico-aziendale, dato il contesto normativo e sociale che è stato recentemente caratterizzato dai seguenti fenomeni:

- aziendalizzazione che ha spinto verso una gestione nuova del personale, anche attraverso l'introduzione di strumenti di programmazione e controllo;
- crescente caratterizzazione professionale del personale operante nelle strutture sanitarie (ne è esempio il processo di riqualificazione del personale infermieristico e tecnico introdotto dalla L. 42/99, ecc.);
- profondo rinnovamento normativo che, modificando il quadro del pubblico impiego, ha eliminato alcune rigidità superando il modello burocratico-amministrativo di gestione del personale.

In tale contesto la determinazione dei fabbisogni delle risorse umane si pone come momento di programmazione della risorsa in rapporto all'attività programmata dall'azienda, alle risorse economiche disponibili ed alla politica del personale che si intende promuovere, configurandosi come strumento indispensabile per consolidare e valorizzare la gestione per budget.

Con l'intento di promuovere il miglioramento dei livelli di efficienza del personale, a parità di livelli di qualità, e di valutare e monitorare le scelte delle aziende in tema di risorse umane si dà mandato alla Giunta di avviare un flusso informativo uniforme e confrontabile in ordine ai dati numerici ed economici del personale avviando il progetto di definizione e monitoraggio delle risorse umane, che tende a rinforzare esperienze già effettuate quale la rilevazione dei carichi di lavoro nelle AO e ASL.

Attraverso l'avvio di tale flusso informativo si intende anche monitorare le eventuali situazioni di eccedenze di personale che si verificano nel territorio regionale in conseguenza di processi di riorganizzazione e di riconversione di servizi.

In tale ambito, tenuto conto della normativa dettata in materia dal d.lgs. 165/2001, dai CC.CC.NN.LL. e, da ultimo, dall'accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome, la Regione Lombardia curerà la definizione di strumenti normativi e finanziari per regolare la qualificazione, la riconversione, la mobilità anche settoriale e/o compartimentale del personale risultato in eccedenza, in accordo con le OO.SS.. A tal fine si potrà prevedere la costituzione di un fondo regionale destinato alla realizzazione di specifiche iniziative a favore delle aziende che, adottando tutti gli strumenti previsti dalle previsioni contrattuali e realizzando i confronti e le garanzie sindacali, abbiano dichiarato l'eccedenza.

48 - Definizione e monitoraggio delle risorse umane

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
48. Gru1	Gestione Risorse Umane	Flussi informativi per la rilevazione del fabbisogno regionale di personale	Realizzazione di iniziative volte a rilevare i fabbisogni aziendali e costruzione di indicatori regionali direzionali e di efficienza del personale del SSR	Relazione annuale sul fabbisogno di risorse umane

IL GOVERNO DEGLI OSPEDALI PUBBLICI

La rete degli ospedali pubblici lombardi (o meglio la rete degli ospedali di cui la Regione è proprietaria) costituisce un importantissimo patrimonio del servizio sanitario regionale. E' necessario promuovere qualità ed efficienza, dotando queste aziende di sistemi di governo moderni e di investimenti in grado di consolidare la loro competitività regionale e nazionale

Governance e responsabilità: l'evoluzione della forma giuridica

Uno dei punti fondamentali dello sviluppo delle aziende è la individuazione specifica delle responsabilità istituzionali e delle responsabilità gestionali, organizzative ed economiche. Il tema cruciale è quello della governance, cioè delle modalità per permettere a tutti i portatori di interessi di partecipare in modo responsabile alla gestione delle aziende ospedaliere pubbliche.

Infatti è indispensabile trovare una modalità per garantire due aspetti fondamentali: la autonomia aziendale che è potenzialmente portatrice di qualità, efficienza, capacità innovativa e responsabilità economica e dall'altra parte la responsabilità complessiva sui risultati, di equilibrio del sistema, di accettabilità sociale. E' cioè necessario individuare strade che consentano da un lato di garantire una gestione fortemente orientata ai risultati e alla valorizzazione della professionalità dei medici e dall'altra di una capacità di rappresentazione di tutti gli interessi che in modo rilevante e significativo si rivolgono all'ospedale.

Alcuni principi di riferimento possono essere così brevemente riassunti:

- responsabilità sui livelli qualitativi e sulle prestazioni erogate;
- responsabilità sui livelli di costo e di equilibrio economico;
- responsabilità sull'innovazione e sugli investimenti.

In questa direzione appare essenziale superare l'attuale configurazione delle aziende riferite essenzialmente alla Regione per trovare adeguate modalità per coinvolgere anche le comunità locali nel governo degli ospedali pubblici. Infatti è a livello locale che si sviluppano forti attenzioni alla creazione di servizi e dove l'accettabilità dei servizi è valutata. In questa direzione appare opportuno sviluppare nuove forme che sappiano coniugare responsabilità locale e responsabilità regionale, in una dialettica che sia in grado di rafforzare l'autonomia delle aziende e la responsabilità sui risultati.

Una possibile proposta è la individuazione di fondazioni ospedaliere che vedano la presenza della Regione e il diretto coinvolgimento della espressione pubblica, non profit e privata delle comunità locali.

Le fondazioni hanno la responsabilità delle linee strategiche delle aziende delegando completamente la gestione al direttore e al collegio di direzione che è chiamato a rispondere dei risultati raggiunti.

Il meccanismo è basato su due elementi caratterizzanti:

- la definizione delle responsabilità delle fondazioni sulle linee strategiche di fondo, sullo sviluppo di attività e sull'equilibrio economico;
- la individuazione di organi di gestione forti in grado di gestire in modo manageriale l'ospedale.

La trasformazione di aziende ospedaliere in fondazioni avviene in un numero limitato di casi da individuarsi attraverso sperimentazioni gestionali autorizzate dalla Regione che consentano il conseguimento dei benefici gestionali indicati, la salvaguardia della mission pubblica, la provenienza pubblica della maggioranza dei componenti del consiglio di amministrazione, il mantenimento delle garanzie contrattuali, economiche e giuridiche in essere nei confronti dei dipendenti ai sensi dell'art. 31 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"⁹, la possibilità di partecipazione dei lavoratori dipendenti e degli enti locali e il mantenimento da parte della Regione del patrimonio pubblico.

⁹ L'art. 31 del d.lgs. n. 165/2001 così recita "Fatte salve le disposizioni speciali, nel caso di trasferimento o conferimento di attività, svolte da pubbliche amministrazioni, enti pubblici o loro aziende o strutture, ad altri soggetti, pubblici o privati, al personale che passa alle dipendenze di tali soggetti si applicano l'articolo 2112 del codice civile e si osservano le procedure di informazione e di consultazione di cui all'articolo 47, commi da 1 a 4, della legge 29 dicembre 1990, n. 428".

La Fondazione di partecipazione

E' un modello di fondazione che assomma alle prerogative della fondazione quelle dell'associazione e che appare particolarmente idoneo a consentire la collaborazione pubblico/privato.

Gli enti pubblici e i privati possono partecipare all'iniziativa come fondatori o aderirvi successivamente, senza bisogno di modificare lo statuto, e hanno diritto di nominare i loro rappresentanti nel Consiglio di Amministrazione, secondo le indicazioni dello statuto.

Un organo di sorveglianza, composto esclusivamente dai rappresentanti degli enti pubblici partecipanti, controlla l'aderenza dell'operato della fondazione alla legge, allo statuto e al pubblico interesse, ed ha ampi poteri potendo arrivare fino a censurare gli atti valutati contrari agli scopi istituzionali della fondazione.

La struttura tipo della fondazione di partecipazione prevede diverse categorie di soci (fondatori, aderenti e sostenitori ecc.) e ciò consente di articolare l'organizzazione in modo flessibile e funzionale agli obiettivi dell'ente.

Una prima e immediata applicazione di forme di privatizzazione delle AO è stata inserita nel progetto di sperimentazione gestionale del modello sanitario ex l.r. 31/97, approvato dalla Conferenza Stato Regioni in data 26 luglio 2001¹⁰.

In tale ipotesi la Regione riduce, in diretta correlazione alla minore responsabilizzazione economica, il ruolo di coordinamento delle AO incrementando quello di regolatore/controllore "terzo", imparziale, del sistema.

La trasformazione delle AO pubbliche in soggetti di diritto privato non profit fonda la sua validità su:

- utilità della privatizzazione delle regole – non della proprietà – per garantire flessibilità nella gestione e rapidità nell'esecuzione delle decisioni;
- relazioni aziendali e gestione delle risorse umane liberate da vincoli pubblicistici, fatto salvo quanto previsto dal capitolo precedente.

La partecipazione al nuovo soggetto giuridico da parte di organizzazioni imprenditoriali garantisce:

- una disintermediazione dal bilancio dello Stato attraverso economie indotte da una gestione efficiente;
- investimenti in infrastrutture e tecnologie altrimenti non garantiti;
- maggiore orientamento del Management all'equilibrio economico finanziario.

In alternativa alla trasformazione giuridica delle AO si favoriscono le costituzioni di organismi consortili o altre forme di aggregazione tra le AO pubbliche per renderle più competitive attraverso una più forte capacità negoziale, la messa in comune di molti servizi di supporto, la non duplicazione delle unità di offerta.

La Giunta regionale, entro 12 mesi dall'approvazione del presente Piano, illustra alle Commissioni competenti criteri, tempi e scelte specifiche alla base del progetto di fondazioni ospedaliere e di altri eventuali interventi in materia di evoluzione della forma giuridica degli ospedali pubblici.

Gli investimenti

Gli investimenti per il mantenimento e la riqualificazione del patrimonio sanitario pubblico sono coperti con fondi provenienti dallo Stato, fondi regionali e mezzi di bilancio delle aziende sanitarie anche derivanti da alienazioni. Le esigenze di razionalizzazione della spesa, a fronte di una continua esigenza di recepimento delle nuove tecniche sanitarie, richiedono che gli investimenti dei fondi provenienti dallo Stato e dalla regione siano orientati a massimizzare la potenzialità dei fondi pubblici evidenziando il ruolo attivo delle aziende. Per tale motivo diviene fondamentale che le aziende assumano le caratteristiche di "investitori di capitali" curando finalità e responsabilità dell'utilizzo dei fondi in prima persona.

Gli interventi del livello regionale in materia di investimenti sul patrimonio ospedaliero pubblico sono volti a:

- responsabilizzare le stazioni appaltanti soprattutto in ordine ai tempi e ai costi di esecuzione dei lavori;
- prevedere la compartecipazione finanziaria delle aziende agli investimenti;
- snellire il percorso procedurale e accelerare i tempi rispetto all'erogazione del cofinanziamento regionale;
- considerare il patrimonio pubblico immobiliare come una ricchezza e non come un "vincolo".

Il sistema degli ospedali di cui la Regione è proprietaria deve innovarsi sotto tre aspetti fondamentali:

- investimenti del patrimonio umano: sviluppare professionalità e competenza;
- investimenti in tecnologie sanitarie;
- adeguamento degli spazi e della logistica.

¹⁰ *La sperimentazione gestionale*

Per la durata del progetto e nel quadro della sperimentazione gestionale si prevede la possibilità di introdurre elementi di diritto privato per attrarre nel settore risorse finanziarie, conoscenze professionali ed esperienze manageriali provenienti dal mondo imprenditoriale privato. A questo scopo, è prevista la possibilità di ricorrere all'istituto della Fondazione di partecipazione (o altra tipologia di organizzazione non profit) in quanto si tratta di istituti senza finalità di produrre e distribuire utili, ma che al contrario rispondono ad una logica di perseguimento del pubblico interesse secondo criteri di economicità, efficienza ed efficacia. Le forme di privatizzazione – formale nel caso di mera trasformazione delle aziende in soggetti giuridici di diritto privato, sostanziale nel caso di partecipazione reale di soggetti privati – potrebbero consentire la trasformazione in fondazioni di partecipazione o altre forme giuridiche non profit sulla scorta dei modelli di "private finance initiative" e "public private partnership", come avviene in positive esperienze sviluppate in altri paesi (es. gran Bretagna) e che possono vedere la partecipazione sia di soggetti privati che di Enti locali.

Tutto ciò ha rilevanti costi che non sempre trovano adeguate risorse finanziarie. L'ammmodernamento della rete dei servizi pubblici appare rilevante e perseguibile non solo attraverso diretti investimenti pubblici, ma anche attraverso la capacità di attrazione di altri investimenti.

In particolare si tratta di sviluppare capacità di generare progetti che possano trovare interlocutori interessati al finanziamento, sia a livello nazionale che internazionale, nonché tra soggetti pubblici e privati (profit e non profit).

La necessità di sviluppare in modo sistematico e continuativo i processi di innovazione tecnologica è una rilevante preoccupazione della Regione. Peraltro la cronica indisponibilità di fondi per gli investimenti porta a considerare la necessità di sviluppare sistematiche azioni atte a favorire tre importanti politiche:

- la riconversione di parte della spesa corrente in spesa in conto capitale;
- la ricerca di forme innovative di finanziamento di investimenti;
- la collaborazione tra pubblico e privato per contribuire in modo sostanziale alla ricerca di innovazioni.

La riconversione della spesa corrente si realizza attraverso la ricerca dell'efficienza nei processi erogati ed una razionalizzazione dell'offerta di servizi. Le risorse disponibili possono così essere immesse nel sistema attraverso opportuni meccanismi finanziari che permettono di accelerare il processo di ammodernamento delle aziende sanitarie pubbliche e private.

La ricerca di forme di innovazione sul lato del finanziamento parte da strumenti, come il project financing, il fondo immobiliare chiuso o l'indebitamento nelle varie forme, che permettono di disporre di mezzi per far fronte agli investimenti tecnologici. Tali forme permettono di graduare gli investimenti in un arco temporale in cui sia realisticamente possibile raggiungere l'equilibrio di bilancio. Per le aziende pubbliche significa in realtà che i trasferimenti finanziari annuali permettono di finanziare anche gli ammortamenti, facendo sì che le politiche di innovazione da un lato siano decentrate alle aziende e dall'altro responsabilizzino fortemente il management su questi obiettivi.

Infine la collaborazione tra pubblico e privato ha lo scopo non solo di finanziare il cambiamento ma soprattutto di proporre dei meccanismi di innovazione del servizio e delle attività in grado di incidere positivamente nella gestione.

Il Patrimonio Strutturale ed i finanziamenti in conto capitale

a) Le strutture – necessità di adeguamento e razionalizzazione

Il patrimonio strumentale delle aziende sanitarie lombarde viene stimato in oltre 4,4 milioni di metri quadri di superficie lorda di pavimento e necessita di ingenti investimenti finalizzati alla manutenzione e riammodernamento di strutture edili, impianti ed attrezzature anche per soddisfare alle esigenze di adeguamento alla normativa di sicurezza, agli abbattimenti delle barriere architettoniche ancora esistenti, ai cambiamenti organizzativi richiesti dal nuovo quadro normativo del servizio sanitario ed al miglioramento degli aspetti alberghieri.

Una prima rilevazione compiuta in occasione dell'aggiornamento dei piani strategici triennali ha evidenziato un fabbisogno stimato di circa 3.200 miliardi per l'adeguamento ai requisiti di accreditamento, al netto quindi delle esigenze di miglioramento della funzionalità ed economicità.

Considerando inoltre l'esistenza di un alto numero di presidi con superficie lorda di pavimento inferiore ai 15.000 mq, che può essere considerato – in prima approssimazione – il margine inferiore per la realizzazione di una struttura ospedaliera completa, e l'esistenza di strutture a padiglioni che richiedono un notevole sforzo logistico e gestionale, appare chiaro che il patrimonio sanitario regionale richiede una previsione di ammodernamento con ingenti impegni finanziari.

Ragionare unicamente secondo piani straordinari ricalca la modalità di lavoro "sulle emergenze" e non permette un'attenta programmazione dei flussi finanziari; per questo motivo, accanto alla previsione di piani straordinari, è necessario considerare l'esigenza di manutenzione delle strutture. In mancanza di dati attendibili tale esigenza, comprensiva della quota di ammortamento, può essere stimata nell'ordine del 5,5% annuo del valore di immobili ed attrezzature. Tale valore deve essere considerato anche per il calcolo delle esigenze future nella realizzazione di nuove strutture.

La mancanza di una puntuale conoscenza del patrimonio esistente impedisce di quantificare le necessità utili al suo mantenimento. Obiettivo prioritario diventa quello di una rilevazione puntuale del patrimonio edilizio esistente già avviata attraverso la richiesta di schede conoscitive in occasione della revisione dei Piani Strategici

Unitamente all'aspetto conoscitivo, vi è l'esigenza di rendere più veloce l'adeguamento delle strutture mediante una rivisitazione e semplificazione delle procedure di finanziamento, aumentando l'autonomia e la flessibilità di intervento delle aziende sanitarie e concentrando i finanziamenti regionali sugli interventi strategici di rilievo.

Gli interventi più urgenti di manutenzione ordinaria e straordinaria, nonché gli adeguamenti impiantistici, devono essere affrontati con i mezzi di bilancio delle aziende sanitarie.

I finanziamenti regionali saranno quindi rivolti, di norma, a opere superiori a 2 miliardi, per la necessità di concentrare le risorse in situazioni significative, nonché alla costruzione di nuovi insediamenti ospedalieri.

Le procedure di autorizzazione sono state esplicitate nella DGR 3312/2001 delegando alle ASL le funzioni istruttorie in tema di autorizzazione ed accreditamento nonché di emissione dei pareri di edilizia sanitaria per l'approvazione di progetti e varianti in corso d'opera.

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 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. Tale cambio di destinazione deve essere proposto dalle aziende sanitarie proprietarie delle strutture alla regione entro 2 anni dall'approvazione del presente piano; in caso contrario la regione si riserva di modificare i decreti di assegnazione di tali proprietà al fine di rendere possibile l'alienazione e reimpiego dei fondi.

c) il catasto dei lavori di edilizia sanitaria

Al fine di disporre di dati affidabili che rendano possibile monitorare l'evoluzione del patrimonio edilizio viene istituito il catasto dei lavori di edilizia sanitaria.

Entro 360 giorni dall'approvazione del presente piano la D.G. Sanità dovrà emanare linee guida per la conservazione dei dati del catasto dei lavori di edilizia sanitaria cui dovranno attenersi le aziende sanitarie e gli IRCCS di diritto pubblico al fine di assicurare la conservazione presso le stesse aziende dei dati sintetici degli interventi di manutenzione straordinaria, ristrutturazione, adeguamento impiantistico ed ampliamento o nuova costruzione di qualsiasi importo affrontati con qualunque tipo di finanziamento.

Tali elaborati dovranno essere esibiti agli uffici regionali quando richiesto e ne dovrà essere curata l'eventuale comunicazione periodica.

d) le attrezzature e le apparecchiature di diagnosi e cura

La Regione Lombardia mediante iniziative programmate a partire dal 1979 ad oggi, ha disposto finanziamenti nel settore per circa 1000 miliardi. Questo elevato impegno ha costituito la fonte di finanziamento principale nella acquisizione della strumentazione ed ha consentito di assicurare alle strutture sanitarie pubbliche un importante patrimonio di attrezzature, sia ad alta tecnologia che per le attività rilevanti di diagnosi e cura, per far fronte ai bisogni sanitari.

Attualmente, in attuazione del nuovo assetto istituzionale ed organizzativo derivante dalla legge regionale 31/97, l'intervento diretto della regione nel settore necessita di una parziale ridefinizione.

L'autonomia e la responsabilità attribuita dalla legislazione vigente alle nuove aziende sanitarie, anche sotto il profilo contabile e patrimoniale, e la normativa in materia di opere pubbliche, che richiede che i progetti di intervento siano funzionali e funzionanti, costituiscono un momento importante per ridisegnare il ruolo della regione nel settore.

Il ricorso alla riqualificazione e al potenziamento delle attrezzature e delle apparecchiature dovrà costituire sempre più un obiettivo di programmazione tecnica ed economica a livello aziendale attraverso precisi piani di ammortamento ed al ricorso di fondi propri.

Il finanziamento regionale, rivolto ad interventi funzionali e funzionanti, dovrà riguardare progetti complessivi di ristrutturazione del patrimonio edilizio comprese le strumentazioni necessarie.

e) le disponibilità finanziarie

Le disponibilità economiche per investimenti negli anni 2001 e successivi sono date esclusivamente dalle quote residue a valere sulla seconda fase di attuazione del piano decennale di interventi «in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti» previsto dall'art. 20 L. 67/1988 (circa 1.000 miliardi), a fronte delle necessità evidenziate nel paragrafo dedicato al patrimonio.

A tali disponibilità vanno aggiunte le risorse derivabili dalla valorizzazione del patrimonio disponibile delle aziende sanitarie.

Risulta, quindi, necessario affrontare il problema delle priorità di finanziamento e del reperimento di fondi per interventi ordinari e straordinari.

L'esigenza di utilizzare efficacemente le risorse disponibili per ottimizzare la rete dei servizi nel rispetto dei requisiti per l'accreditamento, richiede di vincolare l'utilizzo dei fondi pubblici (regionali e statali) alla presenza di un'attenta e completa programmazione degli interventi. Per tale motivo l'accesso ad ogni piano di riparto sarà vincolato all'aggiornamento del programma triennale dei lavori pubblici reso coerente al piano di adeguamento previsto dalla DGR 38133/98. La D.G. Sanità dovrà predisporre adeguate schede per raccogliere, anche in formato elettronico, tali dati quale condizione essenziale per l'utilizzo dei finanziamenti regionali.

Le risorse pubbliche non vengono ritenute sufficienti all'adeguamento della rete dei servizi sanitari, per tale motivo le aziende sanitarie, per ogni intervento sul patrimonio strumentale dovranno, prioritariamente, analizzare le possibilità di ricorso a capitali privati in ottemperanza all'art.14 L. 109/94 ed alla DGR 42718/99.

f) Le procedure – il project management

La DGR 3312/2001 ha introdotto notevole semplificazione nelle procedure di autorizzazione richieste per le opere di edilizia sanitaria, unificando le procedure di autorizzazione, accreditamento e impiego degli eventuali fondi pubblici; tuttavia devono ulteriormente essere 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 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 e effettuare eventuali correttivi nei piani di investimento. Viene prevista una piena valorizzazione del ruolo del responsabile del procedimento che assume la funzione di “project manager” e diviene responsabile del rispetto dei tempi preventivati.

g) Strumenti di finanza innovativa

Il processo di cambiamento fondato sull’aziendalizzazione, che ha evidenziato l’esigenza di focalizzare l’attenzione sugli aspetti più strettamente connessi all’economicità e al livello qualitativo delle prestazioni erogate, unitamente alla necessità di risolvere il grave problema di scarsità delle risorse a fronte di un sistema socio sanitario della Lombardia efficiente e di qualità, inducono ad introdurre strumenti di finanza innovativa per la valorizzazione del patrimonio delle aziende sanitarie pubbliche. Si tratta di favorire e accelerare tutte quelle iniziative che consentano alla regione di migliorare lo stato della liquidità e di poter utilizzare tali risorse sia per ridurre l’indebitamento sofferto dalla regione e dalle aziende sanitarie verso terze economie, sia per utilizzarlo per investimenti.

A tal fine si dà mandato alla Giunta regionale di approfondire la progettazione e l’istituzione di un fondo immobiliare chiuso che consenta di tradurre in liquidità una parte del valore patrimoniale pubblico attraverso la collocazione sul mercato dei risparmiatori e/o degli investitori istituzionali di una parte significativa del valore del patrimonio sanitario pubblico conferito. Tale fondo immobiliare chiuso viene approvato dal Consiglio regionale.

I processi di riorganizzazione degli ospedali pubblici

E’ indispensabile lanciare qualche linea (o forse solo riconfermare) di riorganizzazione degli ospedali pubblici improntati alla diffusione di responsabilità e alla valorizzazione delle professionalità.

Poiché il percorso di trasformazione individuato per le aziende ospedaliere è a medio – lungo termine, occorre nel breve periodo introdurre reali innovazioni organizzative.

La riduzione di posti letto indicata nella prima parte del piano comporta la necessità di indicare i criteri per rimodulare, trasformare e ridurre i posti letto nelle attuali aziende ospedaliere pubbliche e nelle future Fondazione ospedaliere. Infatti si può ipotizzare che nel prossimo triennio si addivenga ad una riduzione complessiva di posti letto accreditati per raggiungere l’obiettivo del 4 posti letto per acuti per mille abitanti

In via generale si deve operare in una quadruplica direzione:

- riduzione di posti letto in quanto i livelli di servizi e i livelli di assistenza a livello provinciale sono sovradotati;
- trasformazione di posti letto in altri servizi per acuti, tipicamente day hospital;
- trasformazione di posti letto in lungodegenze ospedaliere;
- trasformazione di posti letto in RSA.

La Giunta regionale nei sei mesi successivi all’approvazione del piano, in collaborazione con le AO e le ASL, individua in modo specifico, previo parere della Commissione consiliare competente, le strutture ospedaliere da rimodulare, da trasformare e i letti ospedalieri da ridurre restando fermo l’obiettivo di non diminuire in nessun caso il livello di assistenza, anzi di migliorare la fruibilità, la qualità dei servizi.

In particolare sulla base dei criteri di riferimento:

- individuazione dei casi da trattare prevalentemente con modalità alternative al ricovero;
- individuazione delle strutture e dei servizi che possono ridurre il prolungarsi del ricovero ordinario;
- individuazione del livello di efficienza minima delle unità operative complesse con posti letto;
- distribuzione territoriale dei posti letto.

Dovrà essere studiato lo stato di implementazione dei dipartimenti ospedalieri valutando i risultati raggiunti e pensando, accanto a dipartimenti per aree omogenee (medico, chirurgico, materno-infantile), dipartimenti per aree cliniche strategiche (oncologia, ecc.) modulando l’organizzazione sulle caratteristiche delle patologie trattate: ad alta, media e bassa intensità, ai collegamenti con il territorio, all’integrazione con le case di riposo e le strutture riabilitative o di lungodegenza.

Si vuole cioè promuovere una modalità organizzativa che da un lato responsabilizzi i professionisti sui vari aspetti della gestione e dall'altro li lasci liberi (cioè responsabili) delle modalità di impiego delle risorse.

La costituzione di dipartimenti risulta perciò l'elemento caratterizzante di una strategia aziendale che valorizza il personale in ogni dimensione critica favorendo la valorizzazione delle competenze professionali in un contesto di reale e concreta integrazione organizzativa.

Il livello regionale potrà, quindi, promuovere un modello organizzativo ospedaliero a carattere fortemente innovativo, fondato sui principi della flessibilità nell'utilizzo delle risorse umane e strumentali, sulla valorizzazione della funzione clinica e di quella igienica organizzativa, sulla promozione della qualità dell'assistenza infermieristica e sull'obiettivo generale dell'ottimale impegno di tutte le competenze.

In questo senso il dipartimento è visto come una funzione complessa rivolta sostanzialmente alle seguenti finalità:

- promuovere il coordinamento clinico tra i responsabili delle UO, inteso come compito centrale del direttore di dipartimento rivolto alla promozione dell'efficacia delle cure;
- promuovere l'utilizzo integrato ed ottimale di tutte le risorse assegnate, come funzione della direzione sanitaria e della dirigenza infermieristica, rivolto alla promozione dell'efficienza nell'uso delle risorse in collegamento con la direzione strategica aziendale;
- attivare la funzione di "clinical governance", intesa come punto d'incontro fra il coordinamento clinico, attuato dal direttore del dipartimento, la responsabilità professionale delle singole unità operative, i compiti di tipo organizzativo della direzione sanitaria e della dirigenza infermieristica, collegati nell'obiettivo generale della customer satisfaction.

Questo modello è incentrato sulla flessibilità organizzativa delle aziende ospedaliere accreditate che, nel rispetto degli adempimenti previsti dal processo di accreditamento, sono legittimate a variare la loro articolazione interna, la distribuzione di posti letto e delle risorse assegnate alle singole specialità, con l'obiettivo di corrispondere nella modalità qualitativamente ottimale alle variazioni della domanda di prestazioni derivante dall'attuazione del principio di libertà di scelta del cittadino.

LA FORMAZIONE, LA RICERCA E L'INNOVAZIONE

Lo sviluppo della formazione e della ricerca deve passare attraverso la realizzazione di forti sinergie con il sistema di formazione ed aggiornamento del personale dedicato e l'assegnazione di una funzione centrale alla ricerca in campo sociale, sanitario e biomedico. In quest'ottica assumono un ruolo decisivo le università lombarde, le aziende di formazione regionale e gli IRCCS, la cui fisionomia dovrebbe tendere ad una reale caratterizzazione scientifica specialistica. In questo senso è importante che la gestione organizzativa ed economica degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) sia di competenza della Regione, tenendo conto che circa la metà degli IRCCS presenti sul territorio nazionale sono in Lombardia.

Una particolare osservazione va fatta sul personale medico e sui corsi di laurea in medicina. Come è noto, l'Italia è, nel mondo, il Paese che ha il maggior numero di medici rispetto alla popolazione; in confronto a Paesi di pari sviluppo e con indicatori di salute di valori simili (Inghilterra, Francia, Germania, Stati Uniti, ecc.) il numero di medici italiani è doppio o triplo.

Questo fenomeno non porta ad alcun vantaggio misurabile in termini di indicatori dello stato di salute, mentre contribuisce ad uno squilibrio nella composizione del resto del personale sanitario, nel senso che l'Italia è fra i Paesi che presentano il più basso numero di infermieri e una bassissima presenza di ingegneri clinici, di informatici e di personale esperto di sistemi tecnologicamente avanzati.

E' auspicabile l'adozione di meccanismi, presenti in molti altri Paesi, di regolazione e riequilibrio delle professionalità, che tendano da una parte a garantire un'adeguata presenza di personale infermieristico e un significativo incremento di figure tecnologicamente qualificate (ingegneri clinici, informatici, ecc.), dall'altra il rallentamento della formazione di nuovo personale medico.

LA FORMAZIONE

La programmazione e la realizzazione della formazione di base, specialistica e continua costituisce un nodo centrale per lo sviluppo futuro del sistema sanitario e del welfare, e tale centralità del fattore "risorse umane" risulta evidente a due livelli essenziali:

- il costo del personale è la principale voce di costo del sistema socio-sanitario;
- nella rete ospedaliera il personale assorbe: il 50% del costo totale negli ospedali privati ed il 62.3% negli ospedali pubblici, e tale differenziale è una delle cause principali della maggiore competitività della rete privata;
- nei servizi extraospedalieri, tipici del welfare, l'incidenza della spesa per il personale sale anche oltre l'80% dei costi globali data la scarsa rilevanza della componente tecnologica nel mix dei fattori produttivi;
- dalle risorse umane dipende la "qualità" dei servizi e la sua possibilità di "sviluppo sostenibile". Solo miglioramenti qualitativi dell'impiego delle risorse umane (organizzazione) e miglioramenti delle performances individuali, sia in termini qualitativi che quantitativi (produttività) potranno garantire miglioramento delle prestazioni, maggiore copertura dei bisogni e modalità più appropriate di soddisfacimento che non ripropongano meccanicamente il modello di sviluppo praticato nei decenni passati (*estensione quantitativa dei servizi e parallelamente dei fabbisogni del personale*).

Questa prospettiva presuppone una ridefinizione strategica dei processi di formazione di base, specialistica, di riqualificazione e di formazione continua degli operatori del sistema sanitario e del welfare, che sono fortemente interessati dalle recenti e profonde trasformazioni che hanno riguardato le componenti del sistema formativo italiano:

- la formazione universitaria e la formazione scolastica che, in attesa di "devoluzione" e malgrado l'applicazione del principio di autonomia, restano due sistemi formativi saldamente ancorati all'area delle competenze statali;
- la formazione professionale - *una delle prime "storiche" competenze regionali* - che, per effetto del riordino del sistema delle autonomie, vede il trasferimento alle province di tutte le attività gestionali.

Tali trasformazioni costituiscono il nuovo quadro normativo di riferimento, all'interno del quale è possibile individuare due rilevanti implicazioni della riforma universitaria:

- omogeneizzazione di tutte le lauree dentro lo schema che prevede: *lauree di base triennali, lauree specialistiche biennali e master biennali di primo e secondo livello*, lasciando inalterato lo schema formativo per il personale medico-chirurgico, odontoiatrico, veterinario e farmacista;
- riconduzione di tutti i profili formati nelle scuole di livello regionale, sia del settore sanitario che della formazione "post secondaria" (*assistenti sociali, educatori professionali, infermieri assistenti sanitari*) entro le quattro classi di laurea sanitaria, complessivamente 22 profili:
 - prima: *lauree per le professioni sanitarie infermieristica ed ostetrica;*
 - seconda: *lauree delle professioni sanitarie della riabilitazione;*
 - terza: *lauree delle professioni sanitarie tecniche;*
 - quarta: *lauree delle professioni sanitarie della prevenzione;*

nonché all'interno delle seguenti classi di laurea:

- lauree in scienze del servizio sociale (classe 6);
- lauree in scienze e tecniche psicologiche (classe 34);
- lauree in scienze dell'educazione e della formazione (classe 18).

Ne consegue l'interruzione delle attività delle scuole regionali per operatori sociali con iter formativi post diploma, che oggi devono circoscrivere le loro attività ai soli "operatori di supporto" sia del settore sanitario che del welfare, i cui due distinti profili (OTA, ASA) sono unificati nel profilo trasversale ai due ambiti (OSS).

Per il settore del welfare, ulteriore conseguenza di tale trasformazione è il superamento della sovrapposizione tra formazione scolastica (istituti professionali di stato ricondotti alle tipologie "licei tecnici") e formazione professionale che in Lombardia ha creato il problema dei 10.000 "tecnici di servizio sociali" diplomati dagli IPS, ma difficilmente inseribili nelle unità del welfare socio-sanitario.

Rispetto alla formazione di base, sia per il personale laureato che per la formazione degli operatori di supporto, è necessario definire correttamente i fabbisogni del sistema sanitario e del welfare (vedi sezione dedicata ai piani strategici), in base ai quali impostare la programmazione regionale, quale presupposto per realizzare strategie condivise e azioni sinergiche tra tutti gli attori che intervengono nei processi di formazione e orientamento della domanda formativa: università, regione, province, strutture sanitarie pubbliche e private e centri/agenzie di formazione professionale. Ciò consentirà di perseguire l'obiettivo di soddisfare, sia in termini qualitativi che quantitativi, i fabbisogni di entrambi i settori dei servizi alla persona, superando concorrenzialità negative.

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 e per tutto l'arco della vita professionale mediante adeguati strumenti di formazione continua.

La formazione continua, finalizzata infatti all'adeguamento delle competenze, capacità e conoscenze del personale dovrà realizzarsi in sintonia con i processi di innovazione in campo sanitario, tecnologico ed organizzativo e in coerenza alle linee di indirizzo della programmazione regionale.

La formazione del personale del Servizio Sanitario Regionale

All'interno del primo obiettivo del Piano Regionale di Sviluppo, nel settore sanitario, si legge "la formazione degli operatori non può essere considerata un fine bensì come 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".

La determinazione di un quadro regionale programmatico della formazione continua del personale e l'approvazione di una metodologia di valutazione e accreditamento delle iniziative di formazione, da definire attraverso un confronto costruttivo e propositivo tra tutti i soggetti e le parti sociali coinvolte, è presupposto per l'individuazione in sede aziendale di azioni formative coerenti con la politica sanitaria regionale di sviluppo delle risorse umane, con gli obiettivi di salute contenuti nel presente PSSR, con lo sviluppo del modello organizzativo aziendale, nonché con l'attuazione dei progetti prioritari individuati dal presente piano.

49 - Approvazione del Piano regionale di Formazione continua

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
49. Gru1	Gestione Risorse Umane	Individuazione degli obiettivi formativi di interesse regionale	Accreditamento dei progetti di formazione di rilievo regionale	Approvazione del piano regionale di formazione continua entro sei mesi dal PSSR

Le azioni da realizzare a supporto della "azione chiave" sono:

- individuazione delle azioni formative coerenti con:
 - gli obiettivi di salute contenuti nel PSSR;
 - lo sviluppo di modelli organizzativi aziendali;
 - l'applicazione delle moderne tecnologie in campo sanitario;
 - i "progetti prioritari" individuati dal PSSR;
- individuazione di criteri per lo sviluppo delle attività di autoformazione;
- approvazione di una metodologia di valutazione e accreditamento delle iniziative di formazione continua aziendale.

La formazione manageriale già avviata dalla regione dovrà essere ulteriormente sviluppata e diffusa, l'esempio della Scuola di Direzione in Sanità costituisce la base per costruire un percorso concordato che consenta di elevare la preparazione e la professionalità degli operatori a tutti i livelli, evitando imposizioni centraliste ma valorizzando concretamente le professionalità di tutti gli operatori.

Per le diverse figure professionali, inoltre si dovranno individuare percorsi di accreditamento professionale, come previsto nella sezione dedicata alla valorizzazione delle professionalità.

50 - Sviluppo e diffusione della formazione manageriale

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
50. Gru1	Gestione Risorse Umane	Migliorare i contenuti dei programmi di formazione manageriale	Analisi dell'esperienza dei primi corsi di formazione manageriale attuati in regione Lombardia e individuazione criticità e aree di miglioramento	Approvazione dei programmi di formazione manageriale per l'anno formativo 2001/2002

Il sostegno e lo sviluppo di iniziative di formazione coinvolge necessariamente anche i professionisti delle cure primarie all'interno della ridefinizione del ruolo di tali attività descritto nei paragrafi successivi.

L'autonomia professionale, sancita dalla L. 251/2000, per le professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, per esplicarsi pienamente all'interno dell'organizzazione sanitaria, necessita di uno sviluppo culturale mirato e approfondito negli specifici settori dell'attività professionale, sia di tipo gestionale che specialistico da realizzarsi attraverso l'avvio di moduli di formazione complementare, da attuarsi in collaborazione tra aziende sanitarie e università.

Particolare rilevanza per il miglioramento delle attività assistenziali assumono le competenze manageriali del personale infermieristico di posizione funzionale con responsabilità di coordinamento. L'evoluzione dei modelli organizzativi aziendali determinando scenari di cambiamento necessitano il possesso di specifiche competenze che si debbono conseguire con il tramite di appositi corsi e stage promossi con il concorso e la collaborazione di Aziende, Università e l'Istituto regionale di formazione.

L'accresciuta professionalità del personale infermieristico ed ostetrico, anche a seguito della formazione universitaria acquisita con il titolo di studio, porta a riqualificare i compiti e le funzioni attualmente svolti dal predetto personale.

La Giunta regionale valuterà l'esigenza e la necessità di formare figure di supporto all'attività del predetto personale.

51 - Formazione complementare rivolta al personale delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
51. Gru1	Gestione Risorse Umane	Individuazione della titolarità, contenuti e modalità organizzative di espletamento della formazione complementare nelle diverse aree	Accreditamento dei progetti e delle sedi di formazione complementare	Avvio di moduli di formazione complementare in almeno una sede per provincia entro il 1/3/2002

Le azioni da realizzare a supporto della "azione chiave" sono:

- definizione della collaborazione tra aziende sanitarie e università;
- individuazione delle sedi sanitarie da accreditare per le diverse tipologie di formazione complementare a livello di singola provincia;
- verifica degli aspetti giuridici inerenti la certificazione della formazione complementare.

In linea di continuità con il contesto descritto, le aziende sanitarie, avendo a riferimento gli obiettivi di interesse nazionale e regionale, nonché quelli specifici aziendali definiscono piani di formazione aziendali attuando una attenta analisi dei bisogni, attraverso l'utilizzazione delle più moderne tecniche già consolidate nel settore aziendalistico privato (mappatura delle competenze presenti e di quelle necessarie, valutazione dei risultati della formazione), collegando lo strumento formativo agli istituti contrattuali in un'ottica di valorizzazione delle professionalità, valutazione dei risultati ottenuti e conseguente riconoscimento economico.

Strategico da questo punto di vista è il rafforzamento e lo sviluppo della struttura aziendale preposta alla "formazione e sviluppo delle risorse umane": ciascuna azienda, infatti, dovrà assicurarsi che l'attività di formazione sia attentamente mirata a creare e a rafforzare competenze strategiche.

A questo scopo, uno degli aspetti più importanti per realizzare programmi di sviluppo del personale efficaci, consiste nella corretta impostazione dell'analisi dei bisogni, nel sostegno e partecipazione del management aziendale e nella valutazione degli effetti prodotti dalle iniziative avviate. Ciò consente di avviare un ciclo virtuoso di miglioramento della capacità aziendale a realizzare programmi efficaci.

Per favorire tale processo di sviluppo, si propone alle aziende la partecipazione al progetto regionale di formazione "competenze per ruolo strategico della formazione nella gestione delle risorse umane nelle aziende sanitarie", già presentato a finanziamento del FSE, Obiettivo 3, misura D2.

52 - Innalzare le competenze della struttura aziendale “Formazione del personale”

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
52. Gru1	Gestione Risorse Umane	Individuazione delle competenze necessarie per ricoprire la funzione di Formazione aziendale	Rendere consapevole la direzione aziendale dell'importanza strategica della Formazione al fine dello sviluppo delle risorse umane per il conseguimento degli obiettivi aziendali mediante la partecipazione al progetto “competenze per il ruolo strategico della formazione”	N. di aziende che partecipano al progetto regionale di formazione entro 30/9/2002

Le azioni da realizzare a supporto della “azione chiave” sono:

- Analisi dei bisogni formativi: la mappatura delle competenze presenti in azienda;
- Individuazione degli ambiti della formazione aziendale;
- Collegamento della formazione ai percorsi di carriera e di sviluppo professionale;
- Verifica delle condizioni organizzative per l'avvio della struttura Formazione;
- Verifica delle relazioni con le altre strutture aziendali;
- Realizzare confronti interni che coinvolgono i Direttori Generali, i Dirigenti del Personale, i Dirigenti di funzione (Dipartimenti/Servizi/Unità Operative);
- Valutazione dei risultati della formazione;
- Realizzare confronti con altre realtà di formazione, pubbliche e private.

La formazione degli operatori del welfare

Per i profili utilizzabili nel welfare” è constatabile come l'impiego degli operatori nel sistema socio-sanitario sia reso possibile e praticabile dall'esistenza di quattro caratteristiche identificative di ogni singolo profilo che, se assenti, rendono una figura professionale non utilizzabile nel sistema preposto alla “*tutela della salute e del benessere sociale*”:

1. *norme istitutive* che definiscono in modo univoco la specificità e la non sostituibilità di quella figura professionale;
2. *ordinamenti didattici* con i quali viene formato il profilo professionale;
3. una collocazione precisa all'interno della *contrattualistica vigente* che ne consenta la regolare assunzione e remunerazione (CCNL);
4. una *prescrizione* della programmazione regionale che preveda l'obbligatoria presenza di quella figura nelle unità della rete del welfare (*standard gestionali per l'accreditamento e/o l'autorizzazione al funzionamento*).

All'interno del quadro sovraesposto di profonde trasformazioni e conseguenti difficoltà oggettive e strutturali - *che rendono non facile l'incrocio tra domanda ed offerta formativa per gli operatori del welfare* - la Regione Lombardia, nel primo semestre del corrente anno 2001, ha concretizzato una serie di iniziative anticipatrici del quadro strategico che viene sancito con il presente piano socio-sanitario.

53 - La formazione degli operatori del welfare

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
53. Gru1	Gestione Risorse Umane	Focus group Team interdirezionale formazione Università Agenzie Formative Accordi di programma provinciali	Definizione profili ed iter formativi Approvazione piani di formazione di base e riqualificazione operatori in servizio	N.programmati fabbisogno operatori Protocolli assistenziali

Le azioni da realizzare a supporto delle “azioni chiave” sono:

- definizione di iniziative per il superamento delle difficoltà strutturali di collimazione tra domanda di operatori e possibilità reali di offerta formativa qualificata (emergenza infermieristica);
- definizione di una didattica integrativa adeguata alle esigenze poste dalle lauree “direttamente abilitanti all'esercizio della professione” da porre in relazione alla localizzazione, conduzione e monitoraggio dei tirocini all'interno dei corsi universitari;
- definizione programmatica dei fabbisogni formativi soddisfacibili nel rispetto delle esigenze didattiche (complessità dell'iter e qualità degli “output”) ma anche dei requisiti richiesti dal sistema di welfare (deficit di offerta);
- calendarizzazione prioritaria dei percorsi di riqualificazione, normativamente certi e finanziariamente sostenibili, degli operatori in servizio con qualifiche rese “critiche” dal nuovo quadro legislativo;

- ridefinizione degli standard gestionali di validazione delle nuove unità (accreditamenti ed autorizzazioni) che trova una ulteriore motivazione nel fatto che gli standard vigenti sono, ancora e spesso, espressi con profili superati dai nuovi;
- definizione dei protocolli assistenziali in riferimento ai quali potranno essere precisati in ogni unità di offerta del welfare i piani operativi che precisano operativamente ruoli e funzioni assolti dagli operatori di supporto;
- definizione azioni di accompagnamento della transizione dalla formazione regionale alla formazione universitaria.
- quantificazione dei volumi programmati (per provincia e regione) di operatori di supporto OSS da formare.

54 - La formazione degli operatori di supporto

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
54. Gru1	Gestione Risorse Umane	Accordo Conferenza Stato Regioni e Mini. Sanità ed Affari Sociali (su G.U. n. 91 del 19 aprile 2000) DGR Interdirezionale 6/7/2001 n. 5428 Programma sperimentale Riqualficazione a regime	Definizione a livello nazionale Recepimento da parte della Regione Inquadramento contratto Sanità Pubblica Formazione di base Riqualficazione degli operatori in servizio	Definizione del profilo professionale Definizione degli iter formativi

La definizione dei nuovi profili sociali

L'art. 12 della L. 328/2000 delegava il governo ad emanare, entro il marzo del corrente anno, un regolamento che definisse il quadro completo delle figure professionali sociali distinguendo al suo interno quelle da formare con corsi di laurea da quella da formare con corsi organizzati dalle regioni, e definendo contestualmente i criteri per il riconoscimento e la equiparazione dei profili professionali esistenti.

L'adempimento soprarichiamato non è stato rispettato con l'eccezione del regolamento relativo agli assistenti sociali che, presentato alla conferenza Stato Regioni lo scorso 2 aprile, ne ha acquisito il parere favorevole, ma è stato successivamente bloccato da un'osservazione del Consiglio di Stato.

Tale mancato adempimento ha purtroppo creato una situazione tanto paradossale quanto critica: mentre il quadro degli operatori e degli operatori socio sanitari è stato completamente definito e normato (*con la regolamentazione recente dell'educatore professionale, del terapeuta occupazionale e dell'operatore socio-sanitario*); il quadro delle figure professionali sociali utilizzabili nel welfare risulterebbe allo stato attuale costituito solo dagli assistenti sociali, con regolamentazione ancora in itinere.

Tale situazione dovrà essere superata dall'attuazione urgente dell'art. 12 che il ministero del welfare sta affrontando e che costituirà la fonte di legittimazione dell'esistenza o meno di nuove figure professionali sociali.

A riguardo va tenuto presente che non di rado le proposte di istituzione tendono a confondere nuovi profili professionali con funzioni assolvibili dai profili esistenti: è il caso del *dirigente di comunità* o del *consulente familiare* proposto per la rete consultoriale (che nelle prassi formative correnti costituisce specializzazione post-laurea); può essere il caso dell'*operatore di strada*, utilizzato nel contrasto delle dipendenze.

Tutto ciò considerato allo stato attuale l'esigenza di definizione di nuovi profili di operatori sociali sembra circoscritta agli addetti alle cure domiciliari (OCD).

L'esigenza di questo profilo emerge da due ordini di constatazioni caratterizzanti il "modello lombardo di welfare", ma facilmente trasferibili a livello nazionale:

- da un lato il "welfare leggero" e la "welfare community" liberano e promuovono gli interventi di sostegno finanziario (*voucher*) all'autosoddisfamento dei bisogni soprattutto sul terreno delle cure continuative domiciliari. Ciò rende necessaria la disponibilità di "caregivers professionali" che, soprattutto nell'area dell'assistenza ai bambini ed agli anziani, supportino le famiglie - che liberamente scelgono questa alternativa complementare alla rete dei servizi residenziali e territoriali - e che possono essere qualificati con corsi brevi di 100-150 ore;
- d'altro canto, il carattere strutturale che l'immigrazione ha assunto nel nostro paese e la sua localizzazione territoriale - *prioritariamente in alcune regioni (Lombardia, Lazio) ed in alcune aree (città metropolitane)* - ha provocato un incrocio particolare tra domanda ed offerta di lavoro che ha visto quote considerevoli di immigrati trovare abitazione ed occupazione proprio in qualità di addetti alla cura delle componenti "fragili" delle famiglie.

Nella sola città di Milano sono stimati un numero superiore ai 15.000 i caregivers extracomunitari.

Definire e regolamentare il profilo dell'operatore delle cure domiciliari (OCD) assicurerà una duplice utilità sociale:

- garantirà ai "voucher" ed alle cure domiciliari una linea di sviluppo non circoscritta alle sole disponibilità dei familiari, ma supporta da operatori accreditati;

- consentirebbe una prospettiva di “emersione del lavoro nero” che purtroppo caratterizza le attuali relazioni tra famiglie e “caregivers extracomunitari”.

Tale prospettiva però deve vedersi garantire:

- a livello regionale, facendo riferimento al CCNL, all’intesa regionale sottoscritta con le centrali cooperative, con l’ANCI e con i sindacati di categoria, il percorso formativo che accredita gli immigrati ed il buono ed il voucher che sostengono la possibilità per la famiglia di assumerli.
- a livello governativo l’adozione di misure capaci di ridurre il differenziale salariale che “costringe” al lavoro nero.

Si dovrà ridurre il costo degli OCD assunti regolarmente lasciando intatto il regime fiscale del loro contratto, ma si dovrà agire efficacemente sulle componenti dei contributi previdenziali e sulle detrazioni fiscali.

LA RICERCA

La promozione della ricerca scientifica e dell’innovazione tecnologica in campo sanitario rappresenta un tema sul quale è necessario investire. Si tratta di favorire e sviluppare l’interazione tra imprese, ricerca pubblica e capitali di rischio, finalizzandola allo sviluppo di prodotti, processi e servizi ad alto valore aggiunto e di rilevante interesse scientifico, economico e sociale.

Si tratta pertanto di individuare linee di ricerca sulla base delle necessità regionali e delle priorità evidenziate a livello comunitario ed internazionale e reperire finanziamenti nazionali e comunitari mettendo a disposizione fondi regionali per l’attuazione dei progetti.

Il sostegno e lo sviluppo della ricerca abbraccia tutti i settori di ricerca rilevanti per il settore sanitario: dalla ricerca clinica e biomedica a quello dell’utilizzo delle nuove tecnologie, a quella sui modelli gestionali a supporto della programmazione sanitaria. Anche in questo campo la devoluzione di poteri di programmazione, d’indirizzo e di gestione potrà consentire di utilizzare in modo più mirato i fondi per la ricerca finalizzata.

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 nella creazione di network tematici per lo sviluppo delle aree di ricerca, promozione, sostegno e certificazione delle sperimentazioni. La diffusione dei casi di successo è infatti 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, fondazioni o creando agenzie specializzate, 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 iniziative. Il sostegno alla ricerca passa anche attraverso il coinvolgimento di quei soggetti che fanno parte della più ampia “business community” sanitaria (come i fornitori, le società di servizi, le case farmaceutiche, gli editori specializzati, ecc.), 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.

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 di cura e di soddisfazione dei clienti.

Governance della ricerca

Il ruolo della regione nel settore della ricerca si esplica attraverso la promozione e il sostegno di un soggetto autonomo che abbia lo scopo di promuovere la ricerca scientifica e tecnologica nel settore sanitario.

Le attività del soggetto saranno prioritariamente volte a:

- informare i soggetti interessati sui canali di finanziamento per la ricerca con particolare riferimento al supporto per l’accesso ai fondi stanziati dalla Commissione Europea, ed alle linee del piano della ricerca nazionale;
- diffondere i risultati di ricerca fra i professionisti ed al pubblico, ove la tematica ed il risultato lo consenta;
- mettere a punto e mantenere un forum telematico sulle ricerche in atto principalmente nei settori di: ricerca biomedica; farmacologica; genoma, cellule staminali, nuove tecnologie applicate ai sistemi di diagnosi e cura;
- supportare iniziative volte al reperimento di fondi per finanziare ricerche su specifiche patologie;
- collegare, in termini sinergici, enti e fondazioni per la promozione della ricerca;
- favorire i contatti fra il mondo universitario, istituzionale e produttivo che opera nel settore biomedico della ricerca e della produzione per favorire forme diverse di partnership;
- promuovere la ricerca comparata sui sistemi sanitari e sull’evoluzione sostenibile degli stessi.

55 - Promozione della Ricerca

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
55.R1	Ricerca	PSSR; Accordi con MIUR Incentivi; Collaborazioni pubblico privato	Creare il contesto organizzativo, economico, etico-legale, tecnologico	N. iniziative approvate N. di aziende sanitarie coinvolte in progetti di ricerca

La ricerca biomedica e tecnologica

La ricerca biomedica è fondamentale nello sviluppo del Sistema Sanitario Regionale (SSR) e il governo del sistema comprende l'attività di promozione, supporto, indirizzo della ricerca. Proprio perché la Regione non è un ente di ricerca, è suo compito indirizzare, incentivare, promuovere, monitorare l'attività di ricerca, controllarne e diffonderne i risultati e sviluppare iniziative di supporto. La partecipazione diretta ai progetti si limita a quelli particolarmente strategici dove può svolgere una funzione di "garante" del rispetto degli obiettivi di interesse, di diffusione dei risultati e di promozione della implementazione reale dei prodotti.

La funzione di promozione si sviluppa tramite il finanziamento e la diffusione dei bandi (call) di ricerca, la organizzazione di seminari di divulgazione, la creazione di gruppi di confronto, la partecipazione alla definizione dei contenuti delle chiamate.

Vanno individuati strumenti normativi per la gestione dei bandi di concorso che garantiscano il massimo ritorno in termini di innovazione e assicurino un elevato contenuto scientifico e/o tecnologico nei progetti accettati: ad esempio, si potrebbe usare il criterio dell'ulteriore contributo per progetti che abbiano già stati accettati in bandi internazionali, oppure che prevedano collaborazioni tra istituzioni scientifiche e aziende sanitarie.

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 devono destinare risorse alla creazione di una adeguata struttura di supporto che svolga anche servizio di consulenza amministrativa, di intermediazione tra aziende, Comunità Europea e soggetti istituzionali con finalità di ricerca, di diffusione delle chiamate e aggiornamento del loro contenuto. 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 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 ed infotelematica 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 nel Sistema Informativo del SSR.

Ovviamente è necessario un raccordo con attività analoghe svolte a livello nazionale ed internazionale da Enti Istituzionali (Ministeri, Commissione Europea) ed Enti di ricerca (ISS, CNR, università, aziende private di consulenza) per consentire agli organismi di governo del SSR e alle aziende sanitarie e case di cura lombarde di coordinarsi con quanto avviene all'esterno del territorio lombardo.

La funzione di indirizzo si può sviluppare nell'individuazione di settori di ricerca prioritari perché 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.

Settori strategici nei prossimi tre anni:

Patologia 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 mille nati. I costi sociali per le terapie di sostegno medico psicologico per i familiari sono rilevanti, d'altra parte vanno considerate le positive ricadute in termini scientifici che potrebbero derivare dalle accresciute conoscenze su questa sindrome che potrebbero essere mirate proprio sul periodo di vita neonatale, che secondo molti scienziati, potrebbe detenere molte risposte alle patologie dell'adulto e persino dell'anziano. Questa 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. A tal fine verranno proseguiti gli studi già avviati in collaborazione con le università degli studi lombarde, con il coinvolgimento degli IRCCS, riguardanti la prevenzione della SIDS e della morte inaspettata del feto pressoché a termine, le indagini anatomiche patologiche, la diagnosi genetica molecolare dei lattanti colpiti da SIDS e la prevalenza, il significato clinico e l'evoluzione delle anomalie ECG neonatali associate ad aritmia nell'infanzia.

Biologia molecolare

Trapiantologia

I progressi effettuati hanno reso possibile l'esecuzione dei trapianti di organi e gli innesti di tessuti in un sempre più ampio numero di pazienti. Il trapianto è una terapia consolidata e spesso l'unica in grado di salvare o migliorare la vita di malati affetti da insufficienza irreversibile d'organo: ciò è largamente dimostrato dalle migliaia di interventi eseguiti annualmente. Il potenziamento delle attività di prelievo di organi e di tessuti da trapiantare, al fine di ridurre progressivamente la divaricazione tra l'incremento delle richieste e il reperimento di donatori, è da tempo un obiettivo prioritario della Regione Lombardia. Esso, inoltre, dà concreta attuazione alla normativa vigente:

- il Piano Sanitario Nazionale 2001 – 2003 tra gli interventi necessari allo sviluppo del settore trapiantologico comprende il miglioramento dell'identificazione dei potenziali donatori di organi e l'aumento della disponibilità di organi idonei al trapianto, per ridurre la mortalità delle persone in lista di attesa e ampliare contestualmente le liste di attesa;
- la Legge 1° aprile 1999 – n.91, recante le disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, stabilisce che le attività di trapianto e il coordinamento delle stesse sono obiettivi del Servizio sanitario nazionale.

Poiché il numero di trapianti espletati dipende dal numero di organi procurati, per potenziare ulteriormente il settore e valorizzare il ruolo degli operatori impegnati nelle rianimazioni in questo campo, si rende necessaria una specifica azione programmata in materia di donazione volta:

- a rafforzare il ruolo e a premiare la funzione dei Coordinatori locali e ad assicurare un sostegno economico costante alle attività di procurement, che rinnova radicalmente l'assetto delle rete, introdotta dalla DGR 11 maggio 1997 – N.28461 e pone concretamente le basi per un rilancio duraturo del settore,
- a rafforzare il ruolo di coordinamento dell'attività sia a livello regionale, sia a livello delle singole strutture

Con provvedimento della Giunta regionale verranno definite le forme e i modi per l'attuazione delle iniziative descritte. Nel 2000 in Italia sono stati espletati 2500 trapianti. I trapianti effettuati in Lombardia sono stati 626.

Poiché l'art. 16 della L. 91/99 dispone che le Regioni individuano, nell'ambito della programmazione sanitaria, tra le strutture accreditate quelle idonee ad effettuare i trapianti di organi e di tessuti, provvedendo ogni due anni alla verifica della qualità e dei risultati delle attività svolte, si rende necessario dare attuazione alle prescrizioni di legge e prevedere tutte le misure di competenza della Giunta regionale per il buon andamento dei procedimenti amministrativi connessi, con particolare riguardo all'istruttoria per l'adozione del provvedimento di autorizzazione alle strutture sanitarie lombarde a espletare trapianti di parti di cadavere.

Mediante la Deliberazione di Giunta n. 5355 del 2 luglio 2001, sono state date le indicazioni preliminari per regolamentare il settore. Con provvedimenti successivi dell'Amministrazione verranno definite le forme e i modi per l'attuazione delle determinazioni assunte per il buon andamento dell'attività trapiantologica e per la definizione dei successivi adempimenti.

Malattie cardiovascolari

Tecniche chirurgiche innovative (telechirurgia, robotica, mininvasiva)

Sistemi avanzati per la riabilitazione

Il settore della riabilitazione, oltre ad assumere un peso crescente in termini di strutture e di letti, presenta una grande occasione di crescita qualitativa a livello di applicazioni avanzate e ricerca clinica.

A livello di ricerca è in atto un fortissimo sviluppo di sistemi di analisi e di misura basati su tecnologie optoelettroniche (totalmente non invasive) che tengono conto delle particolari esigenze dei soggetti con deficit motori e in generale di soggetti fragili e a rischio di non autosufficienza, come gli anziani. A livello clinico è crescente la diffusione di nuovi protocolli di valutazione della funzionalità e della efficacia dei metodi riabilitativi, protocolli basati su sistemi di analisi multifattoriale che usano quelle nuove tecnologie.

E' quindi necessario prevedere il sostegno dei laboratori clinici e delle unità operative di aziende sanitarie che hanno investito in questo settore e la promozione di iniziative e progetti di ricerca clinica d'intesa con centri universitari ed aziende operanti nel settore dell'ingegneria della riabilitazione.

Neuroscienze

Un cenno a parte merita la ricerca nell'ambito delle neuroscienze. La frequenza dei disturbi legati al sistema nervoso centrale è in crescita esponenziale, vuoi per l'innalzamento dell'età, vuoi per una cresciuta capacità diagnostica di questi disturbi, vuoi per una maggiore vulnerabilità dell'organismo umano a fattori nocivi. Depressione, disturbi d'ansia, alzheimer, demenze senili, parkinson, epilessia e altre patologie simili, affliggono porzioni crescenti della popolazione e sono sempre più oggetto di approfondite diagnosi, cure e ricerche. Nello scorso anno ha avuto termine il decennio sullo studio del cervello e in questi ultimi anni sono stati compiuti passi e scoperte rilevanti nel campo delle neuroscienze: neuropsicofarmacologia psichiatrica e neuropsichiatria età infantile e dell'adolescenza, neurologia, geriatria, neurochirurgia e neurodiagnostica.

Si rende quindi indispensabile lo stimolo e la promozione d'iniziative omogenee di progetti di ricerca per questa area sul territorio regionale, in grado inoltre di collaborare con altre iniziative e ricerche provenienti da partners pubblici e privati dell'unione europea.

Tra gli obiettivi anche la costituzione di un network per lo studio di neurofarmacogenetica in grado di facilitare la personalizzazione delle cure e terapie più efficaci con minori effetti collaterali.

Genetica

In quest'ultimo ambito, le nuove e recenti acquisizioni in campo clinico e lo sviluppo delle tecnologie diagnostiche hanno visto l'ampliarsi delle attività sia a livello clinico che di laboratorio, anche sulla base di una crescente richiesta delle varie specialità mediche. Le problematiche che tali richieste investono riguardano l'informazione ai cittadini sulle malattie genetiche e sul come affrontarle, la formazione degli operatori sanitari sul come sospettarle e a quali centri riferirle, il trattamento, spesso oneroso, di queste malattie. Nel primo anno di vigenza del piano verrà costituito un apposito gruppo di lavoro che permetta innanzitutto un coordinamento organizzativo dei vari servizi di genetica medica, individuando le modalità e gli strumenti di campagne specifiche di informazione/formazione sulle nuove possibilità diagnostiche, sull'importanza della diagnosi precoce e di inizio, ove possibile, del trattamento, favorisca la ricerca su queste ed altre malattie rare.

In particolare l'esistenza di tratti ereditari caratterizzati da un rischio elevato di sviluppare neoplasie specifiche è nota da tempo, tuttavia data la relativa rarità di queste manifestazioni cliniche nella popolazione generale, il rischio attribuibile a fattori genetici è stato a lungo considerato in modo marginale e, di fatto, la maggior parte dei tumori sono stati

ricondotti a fattori di rischio di tipo ambientale. Le forme di suscettibilità ereditaria allo sviluppo dei tumori sono oggi oggetto di rivalutazione grazie ai rapidi progressi della genetica molecolare. È per tale motivo che l'approfondimento della suddetta problematica sarà sostenuto in modo adeguato con l'approvazione di specifici progetti presentati da strutture di riferimento per la patologia oncologica e discussi all'interno della Commissione Oncologica Regionale che ha il compito specifico di aggiornare il Piano Oncologico Regionale. In questo modo sarà data una importante risposta anche a quei soggetti portatori di patologie numericamente non significative che non sempre trovano adeguata attenzione e sostegno da parte delle istituzioni.

56 - Sviluppo della Ricerca biomedica e tecnologica

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
56.R1	Ricerca	DGR	Bando di ricerca	Numero aziende sanitarie coinvolte

L'innovazione nel sistema sanitario regionale

Parallelamente all'attività di ricerca biomedica vera e propria, 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'Amministrazione regionale è la Carta regionale dei Servizi, che prevede lo sviluppo del Sistema Informativo Sanitario (SISS) come primo servizio reso con strumenti di ICT al cittadino.

Un altro campo dove l'innovazione tecnologica può portare cospicui vantaggi è quello della formazione e dell'aggiornamento professionale.

In questo campo affiancare agli strumenti tradizionali gli strumenti di ICT consente di realizzare progetti di formazione permanente e permette di coinvolgere efficacemente anche gli operatori sul territorio nella formazione e consente di fornire, attraverso l'uso di strumenti WEB evoluti, delle opportunità di aggiornamento professionale impensabili solo pochi anni fa.

Gli obiettivi di queste sperimentazioni possono essere riassunti in una migliore efficienza delle strutture e un utilizzo più semplice e completo delle risorse disponibili.

Settori strategici nei prossimi tre anni:

- Telemedicina: servizi di "second opinion", teleconsulto ambulatoriale, ospedale virtuale, collaborazione a distanza tra aziende ospedaliere diverse;
- Evoluzione del Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS): strutturazione dei referti, condivisione delle informazioni del MMG, normalizzazione della terminologia clinica, condivisione delle informazioni cliniche interne al ricovero, integrazione del settore sanitario con quello socio - assistenziale;
- E-procurement: creazione di un marketplace regionale con conseguente sviluppo della normalizzazione dei prodotti/servizi da acquistare, aumento della trasparenza e della omogeneità dei prezzi e sviluppo della capacità del sistema di favorire le sinergie con i settori correlati (logistica, finanza);
- Formazione e aggiornamento professionale: uso dell'ICT accanto agli strumenti tradizionali, creazione di servizi di auto aggiornamento basati su WEB riservati agli operatori sanitari.

La diffusione dei risultati della ricerca e delle innovazioni introdotte è sviluppata direttamente per i progetti in cui la Regione è coinvolta ed è anche promossa e sostenuta tramite attività esterne di confronto e di comunicazione (seminari, gruppi di lavoro).

Lo sviluppo dell'innovazione all'interno del SSR deve essere monitorato, per permettere un'azione di governo del sistema e per poter valutare le ricadute sul sistema dei progetti di ricerca.

57 - Valutazione dell'innovazione

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
57.ge1	Gestionale	DGR	Realizzazione di un archivio dei progetti di ricerca in Lombardia e dell'utilizzo dei loro risultati nelle aziende sanitarie	Esistenza e completezza del database dei progetti di ricerca Valutazione degli esiti delle ricerche e dei progetti

Telemedicina

L'utilizzo di strumenti telematici in ambito sanitario rappresenta sicuramente uno strumento in grado sia di migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini ed agli operatori sanitari, sia di diminuirne i costi.

Le aree di applicazione della Telemedicina sono molteplici e comprendono servizi di "second opinion" (richiesta di avere, in differita, l'opinione di uno specialista su un determinato caso clinico) e i classici servizi di telemedicina online (telediagnosi e teleconsulto, comunicazione sincrona di immagini e segnali tra operatori sanitari, trasmissione,

riproduzione e refertazione di segnali provenienti da apparecchiature diagnostiche) svolti tra strutture sanitarie o da strutture sanitarie a singoli operatori sanitari.

Questi servizi possono essere utili nella gestione delle dimissioni protette (diminuendo la durata media dei ricoveri), nel monitoraggio dei malati cronici (diminuendo i ricoveri impropri e migliorando la qualità di vita di questi cittadini) e possono, infine, consentire di fornire a domicilio alcune prestazioni sanitarie normalmente erogate in regime di ricovero (ospedale virtuale).

Attraverso la telemedicina è possibile concentrare il personale specialistico in poche strutture (fornitrici dei servizi di teleconsulto e telediagnosi) e, tramite un efficiente sistema di comunicazione, garantire un'assistenza medica adeguata anche a pazienti lontani dai centri ospedalieri di eccellenza; vengono così sfruttate al meglio le risorse disponibili e garantita un'offerta omogenea delle prestazioni sanitarie sul territorio.

Va inoltre evidenziato che gli strumenti di telemedicina possono essere utilizzati per l'aggiornamento professionale degli operatori socio-sanitari, con una diminuzione dei costi di formazione ed un risparmio di tempo da parte degli operatori stessi.

In questo ambito la Regione intende promuovere la sperimentazione di servizi di telemedicina on-line, così da poterne valutare le potenzialità e conoscerne i limiti, ed utilizzarne i risultati per studiare la possibilità di remunerazione a prestazione degli stessi.

Intende inoltre promuovere la realizzazione di servizi di "second opinion" tra i diversi ospedali e tra specialisti ospedalieri e MMG.

I servizi di "second opinion" sono poco costosi negli investimenti tecnologici, non richiedono ristrutturazioni organizzative e possono essere molto utili per sostenere le cure primarie e migliorare l'appropriatezza delle cure.

Si dovrà arrivare a tariffare questo tipo di servizio, anche in forma sperimentale, in modo da garantire a chi li eroga con successo un sostegno economico proporzionale alla diffusione del servizio.

Per tale obiettivo la Giunta regionale è impegnata a stabilire l'elenco delle prestazioni erogabili in Telemedicina, stabilire le relative tariffe nonché a determinare i requisiti di qualità di cui le strutture pubbliche e private debbono uniformarsi al fine di acquisire l'accreditamento per l'erogazione di tali prestazioni a carico del Servizio Sanitario regionale.

Per rendere efficiente, omogeneo e controllato il processo di sviluppo dei servizi di telemedicina è necessario che si definisca un piano di sviluppo, incentivazione e supporto alla sperimentazione della telemedicina online e alla diffusione dei servizi di "second opinion" e va predisposto un osservatorio che raccolga i dati relativi alle sperimentazioni ed ai servizi di Telemedicina.

Il processo di inserimento tecnologico dovrà quindi essere studiato e guidato affinché il forte impatto sul "modo di lavorare" che tali tecnologie introducono, diventi un'opportunità di razionalizzazione, e di rivalorizzazione del lavoro per le diverse professionalità che operano in sanità.

L'apertura peraltro del nuovo segmento industriale legato all'introduzione della telematica in sanità, mette in luce la carenza di risorse umane preparate a gestire questi aspetti che richiedono competenze interdisciplinari, sia sul versante dei fornitori che su quello degli acquirenti. Il rischio è infatti quello di una competizione regolata dai fornitori ma poco attenta alla prospettiva ed alle necessità degli utilizzatori. Il tutto tenendo presente che per quanto riguarda le tecnologie la soluzione migliore non è sempre la tecnologia più recente e più avanzata, ma che è necessario valutare la più adatta alla situazione ed allo scenario che si vuole affrontare, confermando la necessità di una valida conduzione manageriale di questi progetti e la necessità della costituzione di affiatate task-force multidisciplinari che si riconoscono nella sua realizzazione.

Da quanto detto emerge che la telemedicina necessita di politiche mirate di promozione e sviluppo, al fine di farla uscire dalle logiche volontaristiche e sperimentali che caratterizzano la maggior parte delle diverse esperienze presenti in Lombardia, e poterla far divenire a tutti gli effetti uno degli strumenti di razionalizzazione nell'erogazione dei servizi sanitari e del miglioramento dell'accesso ai cittadini.

58 - Sviluppo della Telemedicina

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
58.R1	Ricerca	Sperimentazione	Tariffazione servizi di telemedicina	Numero di prestazioni erogate con sistemi di telemedicina

Evoluzione del Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS)

Gli obiettivi di innovazione collegati al SISS nei prossimi tre anni riguardano lo sviluppo di strumenti che favoriscano una effettiva integrazione fra tutti gli attori del mondo socio - sanitario per garantire facile e sicuro accesso alla documentazione sanitaria al fine di realizzare la continuità della cura.

In questa ottica si intende partire dalla normalizzazione della terminologia clinica partendo dal livello medico fino al livello gestionale, in modo tale da utilizzare un linguaggio comune a tutto il SSR (e, in prospettiva, a tutto il SSN) per scambiare informazioni.

Così pure lo sviluppo di standard per la strutturazione dei referti è tesa alla facilitazione dello scambio di informazioni cliniche tra specialisti ospedalieri, MMG ed operatori sociosanitari sul territorio.

L'integrazione delle attività prettamente sanitarie con le iniziative socio - assistenziali sviluppate sul territorio a favore dei cittadini è uno degli obiettivi principali del SISS.

In questo senso il SISS dovrà essere lo strumento fondamentale per supportare lo sviluppo della continuità della cura, permettendo lo scambio e la condivisione tra i diversi operatori sanitari delle informazioni cliniche.

Tale capacità va sviluppata ulteriormente, rendendo possibile la condivisione delle informazioni essenziali contenute nella cartella clinica del MMG: questa possibilità, già presente nell'ambito della medicina di gruppo, va estesa anche al di fuori della medicina di gruppo e al servizio di guardia medica.

Infine l'obiettivo di un'evoluzione del SISS a sostegno della continuità della cura deve comprendere anche l'incentivo e il supporto, materiale e normativo, alle sperimentazioni che prevedano la condivisione dei contenuti essenziali della cartella clinica del MMG agli altri operatori sanitari coinvolti nella cura del cittadino (la già citata guardia medica, medico specialista ambulatoriale, il medico di reparto, il medico di Pronto Soccorso).

59 - Evoluzione del SISS

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
59.R1	Ricerca	Sperimentazione	Condivisione di un estratto della cartella clinica del MMG	Numero di MMG coinvolti
59.R2	Ricerca	Sperimentazione	Distribuzione carte regionali dei servizi e attivazione servizi	Numero di cittadini e servizi "attivati"

E-procurement in sanità

Le procedure di acquisto da parte delle aziende sanitarie lombarde necessitano di una profonda revisione alla luce dell'introduzione della ICT nel settore degli acquisti, delle esperienze fatte a livello di amministrazione centrale ed a causa della mutata legislazione che, con la finanziaria 2001, ha introdotto strumenti centralizzati di acquisto di tipo nazionale anche per la Pubblica Amministrazione locale.

Gli obiettivi di tale revisione sono due: la realizzazione di significativi risparmi e una maggiore trasparenza dell'intero sistema di acquisto del Servizio Sanitario Regionale.

Un marketplace è strutturato come un grande magazzino virtuale dove i fornitori di beni e servizi, acquistando uno spazio sul marketplace, possono, oltre ad esporre i propri beni e servizi, partecipare ad aste online organizzate dagli acquirenti (ASL, Ospedali, centri diagnostici) e fruire di servizi aggiuntivi relativi alle transazioni.

I vantaggi del marketplace, sia per gli acquirenti che per i venditori, sono la facile accessibilità ad una vasta platea di clienti/fornitori, la rapidità della trattativa e la trasparenza delle aggiudicazioni.

In questo contesto le ICT sono insostituibili in quanto garantiscono una celere ed efficace gestione di ordinativi di forniture molto articolate temporalmente, tipologicamente e territorialmente.

La trasparenza del mercato e la numerosità dei soggetti su entrambi i fronti, della domanda e dell'offerta, fa del marketplace una rappresentazione ideale della libera concorrenza. In effetti un marketplace funzionante può rappresentare un efficace calmieratore dei prezzi, con un elevato risparmio per l'economia del settore sanitario.

Per realizzare obiettivi così ambiziosi sarà necessario una sperimentazione e si potrà utilizzare l'esperienza maturata nelle sperimentazioni in atto, prima tra tutte quella dell'Osservatorio Regionale Prezzi e Tecnologie, costituito dalla D.G. Sanità allo scopo di fornire alle aziende sanitarie regionali un servizio di supporto nel settore della gestione delle tecnologie biomediche e in particolare nei processi di inventariazione, acquisizione, selezione e controllo.

La Regione Lombardia organizza la sperimentazione del marketplace coinvolgendo, assieme all'Ente regionale medesimo, anche tutte le aziende sanitarie lombarde: tale sperimentazione deve portare, entro tre anni, alla diffusione capillare di questo strumento e alla sua integrazione con gli strumenti di gestione aziendale degli acquisti, da un lato, e con gli strumenti di monitoraggio, controllo e governo delle procedure di acquisto di beni e servizi dall'altro.

Inoltre nel SSR vanno introdotte rapidamente forme consorziate di acquisto, che consentano alle aziende sanitarie di avere un maggiore potere contrattuale nei confronti dei venditori, snelliscano le procedure di acquisto, diminuiscano le scorte di materiale e consentano significativi risparmi anche sul fronte della logistica e dei costi finanziari.

A tal fine vanno estese ed integrate con norme regionali le innovazioni normative nazionali che consentono e incentivano questi tipi di forme consorziate di acquisto.

Ovviamente, lo sviluppo di tali forme consorziate di acquisto di beni e servizi da parte delle aziende sanitarie va sviluppato ed integrato con i nuovi strumenti informatici ed organizzativi del marketplace, senza i quali diminuirebbero la loro capacità di risparmio e sarebbero meno praticabili organizzativamente.

Anzi il marketplace così costituito dovrà integrare in un unico strumento ed in modo trasparente all'utente gli acquisti svolti in maniera autonoma dall'azienda, quelli svolti in forma consorziata a livello regionale e l'accesso ad acquisti centralizzati svolti a livello nazionale per tutta la Pubblica Amministrazione.

Il marketplace dovrà, inoltre, fornire servizi di supporto all'acquisto, di tipo tradizionale (capitolati standard, confronto tra prezzi, confronto tra caratteristiche tecniche dei prodotti) e di tipo più evoluto (analisi del mercato, misura della qualità nella fornitura di servizi, rapporto costi benefici nell'utilizzo pratico di strumenti, analisi dell'evoluzione tecnologica).

Nel marketplace dovranno essere presenti tutti gli strumenti di sicurezza e riservatezza necessari a fornire un servizio adeguato alle aziende: la firma elettronica anche a valore legale, la conservazione legalmente riconosciuta dei documenti elettronici, le capacità di criptatura in linea con i massimi livelli di sicurezza offerti dal mercato.

L'utilizzo del marketplace andrà esteso a tutte le categorie merceologiche e a tutte le dimensioni finanziarie (anche quelle sopra soglia comunitaria), mentre le procedure di acquisto consorziate saranno limitate ai casi in cui la forma

consorziate sia conveniente in termini competitivi o gestionali, ovvero se produca dei vantaggi in termini logistici o finanziari; andranno comunque evitate le forme consorziate quando queste producano una distorsione significativa dell'offerta, in termini di eccessiva concentrazione (monopoli) o in termini di eccessiva dipendenza da un singolo fornitore.

Il marketplace e le forme consorziate di acquisto sono promosse, incentivate ed organizzate con la partecipazione diretta degli organismi di governo del SSR, ma sono realizzate facendo ricorso al mercato nella maggior misura possibile e sono sviluppate tenendo nella massima considerazione le possibilità di integrazione e di sinergia con i settori collegati e complementari agli acquisti.

Il controllo della funzionalità del marketplace e la sua evoluzione tecnologica e funzionale, oltre che la gestione delle procedure di acquisto consorziate, saranno svolte da organismi in cui saranno prevalentemente rappresentate le aziende sanitarie, mentre le procedure di acquisto consorziate saranno svolte, ciascuna, da un'azienda sanitaria che utilizzerà la forma di acquisto aperta dell'“impegno a vendere”; l'adesione al marketplace e alle forme consorziate avverrà con lo strumento della convenzione.

Infine, il marketplace delle aziende sanitarie e le procedure di acquisto consorziate andranno attentamente controllate e monitorate dagli organismi di governo del SSR, per misurare ed analizzarne i risparmi, per promuoverne ed incentivarne l'utilizzo e per prevenire distorsioni del mercato indesiderate.

Osservatorio dei Prezzi e delle Tecnologie è uno strumento che, affiancandosi ed integrandosi con gli strumenti del marketplace, consentirà al SSR la realizzazione di una rete di acquisizione e distribuzione delle informazioni indispensabile per monitorare e, quindi, indirizzare gli acquisti delle aziende sanitarie.

L'attività dell'Osservatorio dei Prezzi e delle Tecnologie verrà estesa a tutti gli acquisti economicamente o strategicamente interessanti in sanità, verrà integrata con gli strumenti di marketplace e servirà a colmare le carenze (di conoscenza del mercato, delle tecnologie e dei prodotti disponibili) attualmente presenti nei processi di acquisto delle aziende sanitarie.

La disponibilità di informazioni sulle quote di mercato e sulle quotazioni medie dei prodotti, confrontate con i singoli eventi di acquisto, deve servire alle aziende sanitarie per sviluppare degli acquisti corretti ed economicamente soddisfacenti e verrà utilizzato dagli organi di governo del SSR per indirizzare, controllare ed, eventualmente, correggere le abitudini di acquisto delle aziende sanitarie.

60 - Uso degli strumenti di e-procurement da parte delle aziende sanitarie

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
60.GE1	Gestionale	DGR	Realizzazione del progetto di e-procurement per le aziende sanitarie	Valore totale degli acquisti fatti dalle aziende sanitarie con strumenti di e-procurement

La formazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari

La formazione degli operatori sanitari dovrà utilizzare sempre di più, integrandoli con gli strumenti tradizionali, gli strumenti che l'evoluzione tecnologica mette a disposizione.

Tali strumenti sono, al momento, essenzialmente strumenti di ICT quali le videoconferenze, i corsi su Internet, i forum di discussione, i portali monotematici.

Gli strumenti ICT di formazione e aggiornamento devono poter essere utilizzati dal proprio posto di lavoro: per questo i sistemi informativi territoriali devono essere sviluppati in modo da garantire il collegamento infotelematico a tutti gli operatori sanitari.

L'attività di formazione dovrà affiancare agli strumenti tradizionali i corsi su Internet, le videoconferenze, le chat interattive come strumenti di formazione a distanza.

L'attività di aggiornamento dovrà utilizzare sempre di più i forum di discussione sulle diverse aree cliniche, costruiti attorno a siti WEB di diffusione scientifica sul tema.

Si dovrà promuovere e incentivare lo sviluppo di questi forum di area e finanziare, nell'ambito della attività di formazione, la costruzione di siti WEB che erogino un servizio, scientificamente riconosciuto, di aggiornamento professionale e permettano lo sviluppo di forum di discussione, servizi di NEWS e pubblicazione di FAQ riservate a medici e operatori sanitari.

Gli investimenti previsti nel campo della formazione dovranno utilizzare sempre più frequentemente questi nuovi strumenti, in un contesto organizzativo che tenga conto di quanto previsto dalla normativa vigente.

61 - Innovazione nell'area della formazione e dell'aggiornamento

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
61.Gru1	Gestione Risorse Umane	PSSR, DGR	Realizzazione di portali a contenuto clinico comprendenti servizi di NEWS, FAQ e di forum di discussione	Numero di accessi degli operatori sanitari ai portali

Sperimentazione

In attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale, al fine di valorizzare le potenzialità della comunità locale, la Regione riconosce, autorizza e sostiene progetti sperimentali di nuove forme organizzative gestionali per la risposta a

specifici bisogni del territorio. Al termine della fase sperimentale la Regione potrà recepirli e normarli nel PSSR e nei provvedimenti attuativi, arricchendo così l'offerta complessiva dei servizi. Allo stesso modo la Regione recepisce nel PSSR le nuove tipologie dei servizi sperimentati negli ultimi anni come – ad esempio – quelli sperimentati sulla l.r. n. 23/1999.

IL RUOLO DELL'UNIVERSITÀ

La politica sanitaria regionale favorisce il ruolo dell'università nella partecipazione alla elaborazione e realizzazione della programmazione delle attività assistenziali, assicurando le condizioni per il pieno svolgimento delle funzioni istituzionali universitarie di didattica e di ricerca.

In questo settore, collocazione privilegiata ha naturalmente la facoltà di medicina e chirurgia poiché, nel rapporto diretto tra regione e università, si realizza un apporto reciproco che si sostanzia nella fornitura di servizi sanitari da parte dell'università a fronte di risorse formative extra-universitarie messe a disposizione dalle strutture sanitarie.

La caratterizzazione aziendalistica del rapporto tra servizio sanitario regionale e l'università già delineato dal d.lgs. n. 229/99 e sostanziata dal d.lgs. n. 517/99, troverà definizione a livello regionale per gli aspetti istituzionali e organizzativi, perseguendo l'equità nella definizione dei rapporti e delle responsabilità gestionali e professionali, nonché dei trattamenti economici del personale universitario con quello ospedaliero, agganciando in particolare tutto il personale alla realizzazione di obiettivi predefiniti e oggettivamente misurabili.

Questa linea programmatica è resa possibile dal rafforzamento del ruolo regionale contenuto nell'Accordo Stato-Regioni dell'8/8/2001, che consentirà di ridisegnare i rapporti fra Regione ed università, facendo prevalere le esigenze peculiari del modello sanitario lombardo, privilegiando il rapporto diretto, non mediato dai Ministeri della Sanità e dell'università.

In termini di coerenza a tale modello, l'adeguamento dei protocolli d'intesa dovrà realizzarsi prevedendo per le aziende ospedaliero-universitarie un reale coinvolgimento in ordine alla programmazione e gestione delle attività assistenziali, nonché di corresponsabilizzazione finanziaria dell'università realizzando una reale compartecipazione.

Nell'innovato contesto delle relazioni, il ruolo centrale dell'università per la realizzazione degli obiettivi di formazione e valorizzazione delle risorse umane del SSR, sia per quanto riguarda la formazione all'esercizio della professione medica, che per la formazione specialistica nelle distinte discipline medico-chirurgiche, e per le altre professioni sanitarie (ulteriormente rafforzato dalla trasformazione in laurea triennale dei precedenti diplomi universitari) dovrà fruire dell'apporto delle competenze professionali sviluppate in ambito clinico e diagnostico ospedaliero, riportandole a beneficio della didattica.

Inoltre, il nodo della corretta definizione dei fabbisogni numerici per i diversi profili professionali e per le discipline medico chirurgiche, affrontato nella sezione a ciò dedicata del presente piano, rappresenta uno spazio cruciale entro cui sviluppare politiche regionali sempre più condivise con le università lombarde al fine di assicurare una efficace ricaduta sul sistema formativo.

Occorre inoltre dare impulso a sinergie tra atenei, al fine di creare razionalizzazioni in termini quantitativi dell'offerta formativa, favorendo altresì la creazione di aree di eccellenza didattica.

Oltre che sul versante dell'offerta formativa, la collaborazione tra regione, università e strutture erogatrici sanitarie, pubbliche e private, dovrà realizzarsi anche nel campo dell'orientamento della domanda, indirizzando le scelte dei giovani verso le richieste del mercato del lavoro in sanità, ovvero verso e le professionalità carenti ed emergenti.

La politica regionale di sviluppo delle risorse umane, come evidenziato nella sezione formazione e progetti innovativi del presente piano, investirà l'impegno delle aziende a favore della formazione continua e complementare del personale, campi questi nei quali la partecipazione e il contributo delle università assume rilevanza strategica, e per i quali potrà essere utilizzato e ulteriormente esteso il modello di partecipazione sinergica, già attuato con la recente esperienza promossa dalla regione per la formazione manageriale.

Infatti, si percepisce fortemente il bisogno di ripensare il percorso formativo dei professionisti della sanità in termini più adeguati alle conoscenze ed ai mezzi oggi a disposizione, confrontando le realtà europee ed extraeuropee a quella lombarda ed implementando modelli sperimentali legati alla qualità più che alla burocrazia.

Un altro obiettivo da conseguire è quello di favorire gli accordi tra facoltà diverse (es. Medicina, Ingegneria, Economia) nella valorizzazione dell'autonomia universitaria, al fine di superare barriere rigidamente radicate nel mondo accademico, non più rispondenti alle esigenze in continua evoluzione, caratterizzate dalla compenetrazione dei diversi saperi e delle tecnologie, accordi che assumono un ruolo primario nella prospettiva di contemperare l'esigenza di mantenere elevato il livello dei servizi con il razionamento delle risorse.

Il tema della ricerca scientifica, specificatamente delineato nella sezione dedicata del presente piano, vede l'impegno regionale rivolto a promuovere un ruolo centrale dell'università, in termini propositivi e realizzativi, in un 'ottica di partenariato a progettualità ai livelli più elevati in campo europeo.

Al di là e indipendentemente dagli obblighi normativi nazionali è di tutta evidenza la necessità che i principi e le linee programmatiche esposti trovino precisazione in linee organizzative quadro dei rapporti entro le quali ridefinire gli assetti organizzativi, i rapporti economici che vedono coinvolte le strutture sanitarie regionali e le università, che sarà oggetto di specifico provvedimento di Giunta regionale, previo parere della competente Commissione consiliare.

PARTE II

LE LINEE DI INTERVENTO PRIORITARIO

Mentre la prima parte del Piano individua gli indirizzi strategici di riferimento, pur con azioni e obiettivi dei primi tre anni, la seconda parte comprende gli interventi più specifici ed operativi che, coerentemente ai principi espressi nella prima parte, devono essere realizzati nel triennio.

GLI OBIETTIVI DI SALUTE E DI BENESSERE SOCIALE

1. Il controllo e la cura delle malattie ad ampio impatto sociale

Il primo aspetto che riguarda gli obiettivi di salute riguarda una serie di patologie ad ampio impatto sociale che vanno spesso a complicare, soprattutto nell'età avanzata, gli eventi acuti, coinvolgendo sia diverse fasce d'età sia diverse specifiche patologie. E' il caso del diabete, delle patologie riguardanti l'apparato respiratorio, delle malattie reumatiche e, in misura minore, l'epilessia, per la grande importanza medico sociale che riveste.

Diabete

Per il diabete, patologia ad elevata morbilità e mortalità, si prevede che continui l'attività già intrapresa in ambito regionale con l'adozione della delibera n. 48301 del 21/2/2000 "indirizzi funzionali ed organizzativi per la prevenzione e la cura del diabete mellito" e la costituzione del gruppo di lavoro per lo studio delle problematiche connesse all'attività diabetologica in Lombardia (DDG del 18/12/2000 e del 9/3/2001), dando attuazione alle linee contenute nel documento finale elaborato dal gruppo di lavoro e coinvolgendo il gruppo stesso, per gli aspetti di competenza, nei lavori di sviluppo dei progetti innovativi individuati di seguito, favorendo la gestione del paziente diabetico, a parità di efficacia clinica, a livello territoriale con il diretto coinvolgimento dei medici di medicina generale.

Patologie dell'apparato respiratorio

Per quanto riguarda le patologie dell'apparato respiratorio, particolare attenzione andrà posta sull'affronto della recrudescenza della tubercolosi, legata anche alla presenza di cittadini provenienti da paesi ad alta incidenza, e sulle patologie respiratorie dell'infanzia conseguenti a fenomeni allergici e legati all'inquinamento dell'aria, ed infine sulle nuove possibilità tecnologiche messe a disposizione per il monitoraggio delle insufficienze respiratorie e per il trattamento domiciliare delle patologie respiratorie ad andamento cronico.

Pertanto, tenendo conto che occorre aggiornare in modo rispondente alla continua evoluzione tecnologica e terapeutica i protocolli operativi e gli indirizzi funzionali e organizzativi per l'assistenza pneumologica e che occorre valorizzare la funzione della rete specialistica, vengono messe a disposizione delle strutture sanitarie accreditate le Linee guida per le attività pneumologiche delle strutture ospedaliere della Lombardia, adottate con Decreto della Direzione Generale Sanità 24 ottobre 2001 – n. 25413.

Definito allo scopo di fornire informazioni e raccomandazioni di orientamento e di comportamento per gli operatori, al fine di indirizzare le scelte operative nelle attività pneumologiche verso le opzioni più razionali per appropriatezza ed efficacia, nell'ottica di razionalizzare i percorsi diagnostici e terapeutici e di ottimizzare il livello dell'atto medico, il documento reca indicazioni organizzative ed operative in campo pneumologico, con riferimento alla degenza per acuti, alla degenza fisiologica, all'assistenza respiratoria intensiva e alla riabilitazione respiratoria, in un quadro di economicità, di efficacia e di qualità.

Si dà inoltre mandato alla direzione generale Sanità di redigere linee guida per la prevenzione delle malattie polmonari sociali nelle quali esprimere specifici concetti e comportamenti di prevenzione, diagnosi e terapia coerenti con il consenso nazionale e internazionale e validati da esperienze cliniche e sperimentali in merito a patologie di grande rilevanza clinica ed epidemiologica quali appunto tubercolosi, asma bronchiale, polmoniti acquisite in comunità, neoplasie polmonari, BPCO e insufficienza respiratoria cronica. Potranno essere inoltre individuati tre o quattro progetti speciali, tra cui uno certamente sull'asma, in funzione della sua attualità ed importanza, ed uno sul ruolo dell'inquinamento e il suo impatto sulla salute pubblica.

Malattie reumatiche

Le malattie reumatiche comprendono una serie di patologie assai diverse tra loro e caratterizzate da un diverso potenziale di evolutività e cronicizzazione. Accanto a forme di moderata gravità e/o passibili di risoluzione nel breve termine esistono un gran numero di patologie a decorso cronico evolutivo con elevato tasso di disabilità o invalidità quali l'artrite reumatoide ed altre poliartriti croniche, la spondilite anchilosante, la sclerosi sistemica, le fratture osteoporotiche, la gonartrosi e coxartrosi gravi, costituendo la prima causa di inabilità temporanea e la seconda di invalidità permanente, con conseguenze enormi di impegno economico per il sistema sociosanitario. Una ottimizzazione dell'assistenza reumatologica ed un corretto uso delle risorse dedicate può essere ottenuto tramite la costruzione di una rete assistenziale integrata che, mediante un processo di cooperazione ed interattività tra MMG, PLS e specialista porti

ad una unitarietà del processo di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie reumatiche rendendo possibile, quando necessario, l'accesso a strutture di ricovero e cura adeguate alle specifiche necessità del paziente.

Nel primo anno di vigenza del Piano, quindi, verrà avviato un gruppo di lavoro che studi l'incidenza, i livelli di assistenza, i gradi di inabilità ed i costi delle malattie reumatiche nella regione ed elabori un progetto di costituzione di una rete integrata di assistenza che coinvolga tutte le figure professionali interessate ai vari livelli e che garantisca un'assistenza continua ed integrata del malato reumatico e che miri alla soluzione dei problemi che si presentano nella gestione della malattia nel suo insieme.

Epilessia

Per il controllo dell'epilessia si prevede di potenziare, nel tempo di vigenza del piano, la messa in rete funzionale dei centri per l'epilessia che persegua i seguenti obiettivi:

- garantire ai cittadini affetti da epilessia un'assistenza adeguata e distribuita in modo omogeneo su tutto il territorio;
- attuare linee guida e protocolli diagnostici specifici sulle differenti situazioni sindromiche;
- aggiornare ed estendere la banca dati in rete con informatizzazione delle notizie anagrafiche, cliniche e dei costi di tutti i pazienti;
- promuovere iniziative volte all'educazione sanitaria della popolazione ed all'aggiornamento degli operatori;
- attuare azioni di prevenzione finalizzate alla riduzione dell'incidenza di nuovi casi e del tasso di cronicizzazione di quelli esistenti;
- promuovere la ricerca in campo epilettologico.

2. La salute materno infantile, la tutela dei minori e gli interventi nei confronti degli adolescenti

La tutela della salute in ambito materno-infantile costituisce uno degli obiettivi prioritari, anche in considerazione del fatto che gli interventi di promozione della salute, in questo settore, hanno una ricaduta non solo sulla popolazione attuale ma anche su quella futura: non a caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi prioritari a livello mondiale.

Pur essendo sicuramente molteplici le problematiche che riguardano il settore materno-infantile, il momento della nascita del bambino ne rappresenta certamente uno dei momenti fondamentali. Nel "percorso nascita" le diverse realtà organizzative e le 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.

Il percorso nascita coinvolge non solo diverse unità operative e strutture funzionali a livello ospedaliero ma anche territoriale: consultori familiari, équipes ostetriche, neonatologiche e pediatriche per i parti a domicilio, per le dimissioni ospedaliere precoci, al fine di predisporre per le madri ed i loro piccoli di un reale percorso assistenziale che comprenda il prima ed il dopo dell'evento nascita.

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, e quindi consigliare per il parto il livello assistenziale più adeguato alle prevedibili necessità della madre e del nascituro; fermo restando, in tutti i casi, la necessità di garanzia di uno standard di qualità, sicurezza e tempestività assistenziale.

In questo contesto bisogna tenere conto anche delle problematiche connesse al costante aumento dei parti di donne non appartenenti ai paesi comunitari.

A tal fine le strutture di ricovero dovranno essere articolate in:

- strutture di base;
- strutture di riferimento.

Si ritiene così di favorire la qualificazione dell'assistenza alla gravida e al neonato, riorganizzando le strutture ad essa dedicate, prevedendo nel triennio il graduale superamento dei punti nascita con meno di 500 parti all'anno, fatte salve specifiche situazioni territoriali, ed il contestuale incremento dei livelli qualitativi delle strutture rimanenti, a parità complessiva di risorse regionali dedicate all'area materno-infantile.

Con successivi provvedimenti della Giunta regionale verranno definiti i requisiti per le strutture di base e di riferimento, nonché il bacino di utenza di queste ultime, con potenziamento dei centri di diagnosi prenatale finalizzate anche alla tutela della salute della madre straniera e del nascituro, previo parere della Commissione consiliare competente.

L'équipe ostetrica (ginecologo e ostetrica)

Il ruolo di questi professionisti è quello di controllare lo stato di salute della donna prima e durante la gravidanza, identificare eventuali problemi al loro esordio, fornire informazioni utili al fine di un corretto comportamento durante la gravidanza ed in funzione di una buona preparazione alla nascita, consigliare la coppia e quindi la gestante per la scelta del luogo più adeguato per il parto, assistere la partoriente e la puerpera fisiologica, seguire le problematiche del periodo puerperale e dell'allattamento con consigli di puericultura, informare la coppia sui servizi socio sanitari pubblici e del privato sociale operanti sul territorio, promuovendo in particolare l'allattamento al seno.

Con provvedimento della Giunta regionale si provvederà all'istituzione del registro regionale di mortalità materna.

62 - Sicurezza ed appropriatezza delle prestazioni in area materno infantile.

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
62.AC1	Assistenza / cura	Istituzione gruppi di lavoro.	Monitoraggio dei punti nascita Monitoraggio dei tipi di parto	Adeguamento agli standard previsti dalla normativa vigente. n. parti vaginali su totale struttura. n. parti vaginali complicati su totale struttura. n. parti cesarei su totale struttura. n. parti cesarei complicati su totale struttura. n. parti operativi vaginali su totale struttura.

Il neonatologo pediatra

Il ruolo del neonatologo pediatra è quello di assicurare il benessere e lo stato di salute del neonato, identificare eventuali problemi ad esordio precoce, fornire elementi di garanzia sulla salute del neonato alla dimissione, valutare l'adeguatezza ed eventualmente offrire gli elementi per un'adeguata preparazione della madre e della famiglia a farsi carico del neonato dopo la dimissione, anche favorendo un precoce accesso all'assistenza pediatrica territoriale che possa prevedere anche interventi di assistenza domiciliare. Il tutto, in collaborazione con l'équipe ostetrica, tenendo conto dell'inscindibile rapporto che lega il neonato alla figura materna, dal quale non è possibile prescindere qualunque siano le decisioni assunte.

63 - Assicurare un livello assistenziale adeguato

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
63.AC1	Assistenza / cura	GdL regionale	Afferenza al punto nascita appropriato agli specifici bisogni di salute Cura e monitoraggio della salute durante la degenza neonatale	<ul style="list-style-type: none"> - Mortalità neonatale precoce < 7 gg - mortalità neonatale < 28 gg - Mortalità nati < 1500 g di peso neonatale (peso neonatale > 500g) - Percentuale di nati trasferiti ad altra struttura (trasporto primario) - Percentuale di prematurità estrema (DRG 386) versus tutti i nati nel centro - Percentuale di prematurità (DRG 388/387) versus tutti i nati nel centro - Rapporto fra neonati patologici, escluso prematurità (DRG 390/389) e neonati sani (DRG 391) - Rapporto fra neonati in osservazione (DRG 467) e neonati sani (DRG 391)
63.AC2	Assistenza / cura	GdL regionale	Attivazione delle procedure atte a favorire il pre-coce inserimento (>48 h e <72 h) del binomio madre-neonato nell'ambito familiare favorire l'inizio dell'allattamento materno	<p>Degenza neonatale media dei neonati sani (DRG 391), espressa in giorni</p> <p>Rapporto fra n° di riammissioni ospedaliere di neonati d'età = 14 giorni e n° di neonati sani (DRG 391)</p> <p>Percentuale di allattati al seno alla dimissione</p>

Ospedalizzazione in età pediatrica

Gli attuali tassi di ospedalizzazione dei soggetti in età pediatrica (0-17 anni), risultano significativamente elevati rispetto ad altre realtà europee, ciò vale in particolare per la fascia 0-4 anni (363 per mille) con un incremento del 52,8% nel periodo '97-'99 (prevalentemente condizionato dai ricoveri neonatali), ma anche per le fasce di età successive: ciò in netta controtendenza rispetto al decremento medio del 10% del tasso di ospedalizzazione complessivo osservato nel triennio considerato.

L'obiettivo di un decremento dell'attuale tasso di ospedalizzazione deve necessariamente passare attraverso la ridefinizione e riqualificazione della rete ospedaliera pediatrica finalizzata all'erogazione di elevati livelli di assistenza 24 ore/24, con riconversione delle strutture di piccole dimensioni e con limitati volumi di attività, in attività di DH e/o ambulatoriali, e con l'attuazione di modelli di integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale quali:

- formalizzazione di modalità di comunicazione e collaborazione fra pediatri di libera scelta e ospedalieri per la gestione coordinata dei pazienti, sia in caso di accesso al Pronto Soccorso pediatrico che in caso di ricovero;
- elaborazione di percorsi diagnostico terapeutici integrati e condivisi 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;
- realizzazione di interventi congiunti di educazione sanitaria alle famiglie relativamente alle indicazioni di urgenza ed emergenza e all'utilizzo corretto dei servizi sanitari.

64 - Riduzione del ricorso inappropriato al P.S. pediatrico

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
64.AC1	Assistenza / cura	Istituzione gruppi di lavoro	Elaborazione di protocolli diagnostico/terapeutici integrati con P.L.S. Attività di osservazione temporanea nell'ambito del Servizio di P.S. pediatrico Incentivazione dell'associazionismo dei P.L.S. Attivazione di Servizi di guardia pediatrica notturni e festivi funzionalmente integrati con le strutture ospedaliere Formalizzazione di modalità di comunicazione fra P.L.S. e Ospedale Attuazione di interventi congiunti (Ospedale-Territorio) di educazione sanitaria alle famiglie	Percentuale di UO pediatriche che applicano protocolli Percentuale di UO pediatriche che effettuano osservazione temporanea Rapporto numero osservazioni temporanee/totale accessi P.S. pediatrico Riduzione del 15% del tasso di ospedalizzazione Percentuale di accessi diretti al P.S. pediatrico Percentuale di associazioni professionali attivate Percentuale di ASL che hanno attivato in via sperimentale Servizi di guardia pediatrica notturna e festiva Percentuali di UO pediatriche che hanno attivato modelli di collaborazione con i P.L.S.

Urgenza – emergenza pediatrica

Nella grande maggioranza dei casi la domanda d'interventi d'urgenza riguarda bambini di età inferiore ai 6 anni (molti gli extracomunitari senza assistenza sanitaria nazionale) e si esprime nell'arco delle 24 ore, nell'80% dei casi i pazienti giungono al Pronto Soccorso direttamente senza alcun filtro preospedaliero, indipendentemente dal rilievo della patologia in atto.

Le ragioni per le quali il P.S. Pediatrico è molto utilizzato sono riconducibili alle seguenti:

lo stato d'ansia dei genitori, la gratuità delle prestazioni, la comodità del servizio, l'attività limitata ad orari ben precisi del pediatra di base ed esclusivamente nei giorni lavorativi, la convinzione che il pronto soccorso dell'ospedale possa dare un servizio più completo, la carenza di educazione sanitaria.

Le linee di intervento 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;
- garantire, 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 soccorsi privi di personale di competenza pediatrica;
- definire i rapporti di collaborazione-integrazione funzionale «trasversali» tra Dipartimento Materno Infantile (DMI) e Dipartimento dell'emergenza.

65 - Miglioramento della continuità assistenziale in pediatria

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatori
65.AC1	Assistenza/ cura	Contratti ASL-AO Accordi aziendali ASL - PLS	continuità assistenziale pediatrica diurna nell'ambito della pediatria di libera scelta (associazionismo)	Monitoraggio del numero e della tipologia degli accessi in P.S. in età pediatrica
65.AC2	Assistenza/ cura	GdL regionale	elaborazione linee guida	N. di linee guida/raccomandazioni per l'osservazione delle principali patologie risolvibili in P.S.

La salute nell'età evolutiva

Le modificate condizioni demografiche e socio economiche, accanto all'emergere di nuovi bisogni di salute, devono necessariamente condurre ad una riorganizzazione e razionalizzazione dell'assistenza pediatrica che privilegi le cure primarie, i servizi ambulatoriali, la diagnostica e la terapia in day-hospital, gli interventi in day surgery, riservando la possibilità del ricovero ospedaliero ordinario solo per casi selezionati, per i quali non è possibile trovare alternativa al ricovero ordinario.

Una maggiore attenzione al percorso nascita, le nuove possibilità della neonatologia, le capacità terapeutiche e le migliori condizioni socio economiche della popolazione hanno mutato favorevolmente l'incidenza di molte patologie dell'età pediatrica, rilevando altresì nuove problematiche legate ad età maggiori, soprattutto pubertà ed adolescenza: la gestione delle malattie rare, le allergie, l'educazione alimentare ed il trattamento delle patologie alimentari, disagi psicologici che, nel mutato panorama familiare, pongono diversi problemi assistenziali.

Occorre ripercorrere e ripensare, sia sul territorio che in ambiente ospedaliero, alla salute dei bambini e degli adolescenti i con una metodologia che tenga conto della unicità e della globalità della salute, favorendo un approccio unitario ai problemi in un nuovo contesto che deve prevedere forme organizzative e gestionali nuove e sempre meno legate all'ospedalizzazione come fulcro delle attività di assistenza in età giovanile.

Nel nuovo contesto che tende a spezzare le rigide competenze dei livelli di assistenza, le problematiche in età evolutiva sono l'ambito privilegiato della possibilità di una gestione più globale dei bisogni di salute dell'età evolutiva.

Questo può indicare, per i pediatri di libera scelta, l'opportunità di proseguire l'esperienza dell'associazionismo aprendola da un lato alla possibilità di coinvolgimento di altre figure professionali specialistiche dell'area pediatrica, e dall'altro valorizzando le capacità di intervento in ambito di prevenzione primaria, rispetto a problematiche quali: copertura vaccinale, identificazione precoce delle malattie rare, gestione e monitoraggio delle patologie croniche e recidivanti in collaborazione con i centri ospedalieri di riferimento, educazione alla salute ed educazione alimentare e tutela sanitaria specifica delle fasce a rischio (immigrati, adolescenti).

66 - Migliorare le abitudini alimentari

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatori
66.P1	Prevenzione	Corsi di educazione nutrizionale differenziati per operatori del campo sanitario ed utenti	Verifica degli effetti degli interventi di educazione: - abitudini alimentari - indicatori precoci di patologia	<p>- a breve termine: livello di conoscenze nutrizionali e valutazione della attività fisica attraverso appositi questionari distribuiti agli operatori (personale sanitario) ed agli utenti (famiglie) in momenti filtro particolari</p> <p>- a medio termine aumento tassi di allattamento al seno (inizio-prosecuzione) abitudini alimentari dei bambini valutate direttamente nell'ambito della scuola collegamento con consultori familiari e PLS</p> <p>- a lungo termine diminuita incidenza di allergie e/o patologie respiratorie associate alla modifica della pratica dell'allattamento al seno - diminuita prevalenza di sovrappeso nella seconda-terza infanzia e della obesità in età adolescenziale miglioramento di indici metabolico-nutrizionali collegamento con consultori familiari e PLS</p>

Particolare attenzione deve essere posta nel controllo e nella riduzione dell'obesità infantile. L'obesità, infatti, viene attualmente definita una "Modern-Day Epidemic" ed è la più frequente patologia nutrizionale nei Paesi industrializzati. Le complicanze in età adulta dell'obesità determinano un netto peggioramento della qualità e dell'aspettativa di vita. In Italia in età scolare si stima che la prevalenza dell'obesità sia compresa tra 15 e 20%; in Lombardia la prevalenza di sovrappeso è risultata 13.6%.

67 - Riduzione dell'obesità infantile

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatori
67.P1	Prevenzione	Migliore bilanciamento dell'apporto di macronutrienti attraverso il monitoraggio periodico della prevalenza delle abitudini alimentari Verifica a varie età filtro di: peso, altezza, BMI, abitudini alimentari, attività fisica e verifica della diminuzione delle condizioni di sovrappeso/obesità	Diffusione del Programma di Educazione Alimentare della regione Lombardia (piano sanitario regionale 2002-2004) a livello di operatori sanitari, scuole, mass media e popolazione generale pediatrica Aggiornamento nutrizionale continuo di insegnanti e operatori sanitari effettuato da personale qualificato Enfasi sul ruolo dell'attività fisica Individuazione dei bambini che svilupperanno obesità nell'ambito di nuclei familiari a rischio collegamento con consultori familiari e pediatri di libera scelta	Diminuita incidenza di obesità nei soggetti a rischio familiare A lungo termine - diminuzione dei valori arteriosi pressori e di colesterolemia medi nella popolazione - modifica della prevalenza di obesità in età pediatrica fermata al 15% in età pediatrica, ridotta al 10% ed a livelli anche inferiori

La tutela dei minori e degli adolescenti

Le linee strategiche della programmazione regionale per il prossimo triennio dovranno dare concreta attuazione ai contenuti del Piano Regionale di Sviluppo riconoscendo e valorizzando il ruolo centrale della famiglia quale risorsa fondamentale nella nuova logica della rete dei servizi e quale soggetto primario di soddisfacimento del bisogno.

La normativa nazionale ed il "Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2000 – 2001" propongono di consolidare la rete degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza rafforzando i diritti dei minori individuati dalla Convenzione dell'ONU del 1989.

Le risorse dei servizi pubblici, quelle del terzo settore, quelle della famiglia dovranno contribuire alla creazione di un sistema d'interventi a rete che definirà, in questo senso, la nuova community care volta a migliorare la condizione di vita dei minori.

Gli ambiti territoriali dovranno concordare i regolamenti omogenei per l'accesso ai servizi ed un fondo di solidarietà per sostenere le situazioni di minori che necessitano di provvedimenti degli organi giudiziari.

Area della prima infanzia

In Regione Lombardia vi sono 562 nidi che ricevono il contributo dal Fondo sociale regionale, che hanno iscritti 27.960 bambini della fascia 0-2 anni. L'88% di queste strutture sono pubbliche. La rete dei nidi accoglie l'11,56% dei 241.864 minori residenti in Lombardia. I nidi non sono equamente distribuiti nel territorio, pertanto il livello di risposta alla domanda dell'utenza varia da provincia a provincia.

Accanto alla tradizionale offerta dei nidi, che rispondono alla richiesta dei genitori, soprattutto per le funzioni educative che svolgono, andranno sviluppati e consolidati gli interventi previsti dalla legge regionale n. 23/1999 "Politiche regionali per la famiglia", alla luce dei risultati della sperimentazione effettuata. La situazione regionale ha infatti visto un incremento della domanda di servizi rivolti alla prima infanzia quale esigenza delle famiglie che vivono i grandi mutamenti sociali comportanti soprattutto l'assunzione, da parte dei genitori, di ruoli sempre più esterni al nucleo familiare.

In particolare si tratterà di promuovere interventi flessibili ed integrati per l'infanzia rientranti anche nella logica di mutuo aiuto tra le famiglie e di sussidiarietà tra enti pubblici e terzo settore (ad esempio: più ampia flessibilità degli orari giornalieri dei nidi, estensione del periodo di apertura sia settimanale che annuale, nidi famiglia, "tate" a domicilio, spazi gioco, servizi di socializzazione e di sostegno al ruolo genitoriale, ecc.) valutando attentamente i costi di avvio di nuovi nidi (costi di costruzione e di gestione).

68 - Area della prima infanzia

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatori
68.A1	Accreditamento	Autorizzazione	Aggiornamento delle autorizzazioni sulla base dei nuovi standard strutturali e gestionali individuati dalla Regione	n. nidi/n. autorizzazioni
68.A2	Accreditamento	Accreditamento	atti formali	n. nidi/n. accreditati
68. Gef1	Gestione risorse economico finanziarie	Contratto	stipula contratto EELL/enti gestori	n. nidi/n. contratti

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatori
68.S1	Sociale	Nidi più rispondenti alle esigenze della famiglia	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione del livello di soddisfazione domanda/offerta dei servizi rivolti allo 0/2; - aggiornamento degli operatori 	<ul style="list-style-type: none"> - n. richieste/ n. posti ai nidi - n. operatori che hanno frequentato corsi di aggiornamento / totale operatori
68.S2	Sociale	Servizi più rispondenti alle esigenze della famiglia	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione del livello di soddisfazione domanda/offerta dei servizi (es.: nidi famiglia, "tate a domicilio) - qualificazione del personale disponibile all'accudimento a domicilio; - predisposizione elenchi del personale qualificato per l'accudimento a domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> - n. richieste/ offerta attivata, - n. corsi attivati, - n. Comuni per ambito con pubblici elenchi di personale qualificato

L'adozione nazionale, internazionale e l'affido familiare

In questo ambito si tratta di dare concreta attuazione alle leggi vigenti sull'adozione nazionale, internazionale e dell'affidamento.

Affido Familiare

L'affido familiare è un intervento complesso e di ardua gestione e richiede un'alta professionalità non solo degli operatori ma anche delle famiglie.

E' necessario partire dall'esperienza di questi anni per rilanciare con coraggio questa risorsa, ridefinendola e sperimentando anche forme nuove, alla luce della vigente normativa. L'affido familiare sarà attuato da una famiglia, preferibilmente con figli minori, o da una persona singola, in grado di assicurare al minore il mantenimento, l'educazione, l'istruzione e la relazione affettiva. Ove non siano disponibili famiglie affidatarie, il minore in difficoltà sarà inserito in una comunità di tipo familiare. Il ricovero in istituto di assistenza non è ammesso, afferma la legge 149/2001, per i minori di anni sei, ed in ogni caso va superato per tutti i minori entro il 31 dicembre 2006. E' necessario che gli enti locali attivino interventi alternativi all'istituzionalizzazione, diretti ad assicurare il diritto di ogni minore – compresi quelli disabili e malati – a crescere in una famiglia. La durata dell'affidamento familiare, sia consensuale che con decreto del Tribunale per i minorenni viene stabilita nel termine massimo di 24 mesi, prorogabili. Durante il periodo di affido familiare dovranno essere messi in atto tutti gli interventi rivolti al recupero della famiglia di origine del minore.

Si deve rilanciare quindi l'affido familiare inserendo anche nuove iniziative sperimentali quali, ad esempio, contributi economici alle famiglie affidatarie che permetta, a chi lavora, di restare a casa o di ridurre il proprio impegno lavorativo ad un part-time, è inoltre necessario sostenere le famiglie d'adozione per evitare che il processo di affidamento si prolunghi indeterminatamente.

E' indispensabile avviare esperienze di intervento rivolto agli adolescenti in difficoltà, perché è necessario individuare luoghi e modalità di accoglienza più rispondenti ai loro bisogni. Ci si riferisce ai giovani prossimi alla maggiore età che si trovano in condizioni di prosieguo della tutela amministrativa, sia che presentino problematiche relazionali, o che abbiano sperimentato con insuccesso collocamenti in strutture residenziali.

Dopo l'esperienza della comunità, capace di accogliere un giovane in difficoltà si pensa necessario sperimentare la famiglia ospitante quale tappa intermedia, verso l'autonomia.

Le risorse pubbliche dell'affido familiare sono da individuare negli operatori dei Comuni e delle aziende sanitarie locali che, per le specifiche competenze - sociali i primi e sanitarie le seconde – cooperano per le campagne promozionali, il sostegno dei gruppi famiglia e dei gruppi genitori affidanti e affidatari, assumendo tutta la responsabilità istituzionale rispetto all'abbinamento bambino – famiglia affidataria, seguendo il minore nel suo sviluppo evolutivo. Tali interventi dovranno essere sviluppati con il concorso del privato sociale che contribuirà ad intervenire a sostegno delle famiglie affidatarie e dei gruppi famiglia, disponibili all'accoglienza.

In merito ai contributi economici alle famiglie affidatarie è l'ente locale il titolare dell'erogazione degli stessi alle famiglie; sulla base dell'esperienza e dei dati, sarà la Regione che individuerà i criteri per l'evoluzione del sostegno economico alle famiglie affidatarie.

Adozione

La normativa sulle adozioni comprende la legge 149/01 che riguarda le adozioni nazionali e la legge 476/98 che riguarda le adozioni internazionali. La legge sull'adozione internazionale ha reso più trasparenti le prassi da seguire e, tra l'altro, intende promuovere il sostegno a distanza.

Adozioni internazionali

La Regione ha deliberato il protocollo attuativo della legge 476/98 che, sottoscritto dagli Enti Autorizzati, prevede:

- attività di informazione rivolta in maniera estesa a un ampio numero di famiglie ed alla singola coppia che offre disponibilità all'adozione;
- preparazione delle coppie che intendono avviare un'adozione internazionale, per accompagnarle alla dichiarazione di disponibilità che dovrà essere fatta presso il Tribunale per i minorenni, nonché stesura della relazione psicosociale redatta dai servizi pubblici che dovrà essere consegnata al Tribunale stesso;
- decreto di idoneità all'adozione internazionale formulato dal Tribunale per i minorenni ed individuazione, da parte della coppia, dell'ente autorizzato per l'avvio delle procedure di adozione internazionale;
- avvio delle procedure e delle pratiche di adozione presso le autorità straniere ed italiane a cura dell'ente autorizzato individuato dalla coppia idonea;
- incontro con il minore individuato dal servizio sociale del paese prescelto. In questa fase sono garantiti, da parte dell'ente autorizzato, al minore ed alla coppia, un accompagnamento ed un sostegno in un procedimento che tuteli il minore, garantisca il rispetto delle leggi italiane, di quelle dello stato di provenienza e delle leggi internazionali;
- adozione e trasferimento in Italia. Anche questa fase richiede, se il nucleo familiare lo desidera, sostegno ed accompagnamento, ed ha inizio l'attività di verifica da parte dei Servizi.

Le aziende sanitarie locali sono chiamate ad avviare, all'interno dei consultori familiari, i "centri adozione" quali servizi in grado di rispondere correttamente alla domanda di adozione nazionale, internazionale ed anche di governo dell'affido familiare. I centri adozione sono un'articolazione dei Consultori Familiari ed avranno un'équipe dedicata composta da almeno uno psicologo dell'ASL ed un'assistente sociale individuata dai Comuni.

Le équipes dei centri adozione operano sulla base di un protocollo d'intesa siglato tra Comuni/ambito ed azienda sanitaria locale ove si stabiliscono i rispettivi oneri, la quota oraria di lavoro dell'équipe, le modalità organizzative, le verifiche periodiche dell'attività svolta.

Le risorse sono costituite, oltre che dall'équipe dei centri adozione, anche dagli enti autorizzati per l'adozione internazionale, nominati dalla Commissione per le Adozioni Internazionali – Autorità centrale per la "Convenzione sulla protezione dei minori e sulla cooperazione in materia di adozione internazionale".

La formazione sarà sviluppata dalla Commissione per le Adozioni Internazionali per gli aspetti di coordinamento nazionale, mentre quella predisposta dalla Regione sarà più focalizzata sulle procedure e sui contenuti che dovranno essere condivisi dai Servizi pubblici, dagli enti autorizzati e vedrà la partecipazione del Tribunale per i minorenni.

Questa particolare e delicata funzione, che diventerà una dimensione dell'attività consultoriale risentirà del completamento della l.r. 31 e potrà essere esternalizzata.

Adozioni nazionali

La legge 149/2001 porta alcune modifiche significative alla L. 184/83, quali, ad esempio:

- attenzione all'idoneità affettiva della coppia adottante;
- divario di età tra gli adottanti e l'adottato che viene individuato nel limite massimo di 45 anni;
- procedimenti agevolati per chi adotta un minore con handicap;
- obbligo di ascoltare il minore, anche se minore di 12 anni, tenendo conto della sua capacità di discernere.

Il Tribunale per i minorenni richiede ai centri adozioni presenti nel territorio lombardo l'indagine psico sociale che deve concludersi entro 120 giorni dal ricevimento della richiesta di indagine. Il Tribunale per i minorenni vigila sull'andamento dell'affido preadottivo avvalendosi, tra l'altro, anche dei centri adozioni.

I centri adozione dovranno:

- informare le famiglie sulle nuove linee dell'adozione nazionale avvalendosi della collaborazione dell'associazionismo familiare, delle famiglie adottive o affidatarie nonché delle altre risorse del privato sociale;
- effettuare le indagini richieste dal Tribunale per i minorenni;
- accompagnare gli affidi preadottivi.

69 - L'adozione nazionale, internazionale e l'affido familiare

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatori
69.S1	Sociale	Rilancio dell'affido familiare	Adeguamento del contributo economico alle famiglie affidatarie, sperimentazioni di nuove modalità di affido (es.: assistenti materne, condominio solidale) sostegno alle famiglie di origine aggiornamento degli operatori delle équipes per l'affido, preparazione delle famiglie affidatarie	Rapporto tra n. famiglie affidatarie del precedente triennio e n. famiglie affidatarie di questo triennio report sulle sperimentazioni n. famiglie di origine con progetti di sostegno/totale famiglie con minori affidati n. operatori coinvolti nell'aggiornamento/totale operatori équipes affido, n. famiglie partecipanti ai corsi/n. famiglie affidatarie
69.S2	Sociale	Realizzazione del protocollo operativo per l'adozione internazionale	Completamento dei centri adozione, costituzione di sportelli informativi per la famiglia relativamente all'adozione e all'affido, campagne informative, formazione degli operatori, preparazione delle coppie in collaborazione con gli Enti Autorizzati, bonus alle coppie riconosciute idonee per far fronte agli oneri derivanti dall'adozione internazionale	n. centri costituiti/n. ASL n. sportelli informativi/n. ASL, n. campagne informative/popolazione 20/50 anni, n. partecipanti ai corsi/n. operatori dell'adozione internazionale, n. famiglie partecipanti ai corsi/famiglie richiedenti adozione, n. bonus concessi/n. richieste
69.S3	Sociale	Attuazione della nuova normativa dell'adozione nazionale: Riconversione degli istituti per minori, adozione nazionale (le azioni e gli indicatori sono analoghi a quelli dell'adozione internazionale)	Costituzione gruppo di lavoro composto da ASL, EELL, ente gestore per proposta di piano programma di riconversione	minori 0/6 anni: nessun ingresso, n. minori dimessi dall'istituto/totale minori in istituto, piano programma di riconversione

Il sistema dei servizi nell'area minori, adolescenti e giovani

L'obiettivo prioritario è quello di far fronte al crescente disagio giovanile. Tutto ciò si conduce primariamente alla necessità di sviluppare tutti i temi della prevenzione; al dovere di chiamare tutta la comunità ad interrogarsi su quali percorsi quotidiani del crescere e dell'educarsi nella relazionalità è in grado di attivare per i propri figli, su quali messaggi di vita e di speranza vengano ogni giorno veicolati, su quali siano i luoghi e gli spazi che consentano ai minori di sentirsi accolti e accettati.

Occorre attivarsi per realizzare ambienti realmente educativi con interventi finalizzati a sviluppare nel territorio l'espletamento delle funzioni base (funzione educativa, promozione della socializzazione, ascolto, accompagnamento, informazione-orientamento, sostegno) da parte dei diversi soggetti quali la famiglia, le istituzioni pubbliche e private, l'associazionismo, il privato sociale ed il volontariato, riconoscendo pari dignità a tutti, pur nella diversificazione di funzioni, ruoli e compiti istituzionali.

E' sempre più chiaro che l'educazione costituisce la vera prevenzione, in quanto è la formulazione di una proposta precisa che aiuti il minore, debole e con poche certezze, ad assumere una ipotesi positiva dentro un rapporto e dentro le circostanze con cui affrontare la realtà tutta, mettendolo così in grado di diventare esso stesso protagonista di una avventura sociale.

E' altresì necessario operare per una nuova cultura dell'accoglienza, da diffondere operativamente a più livelli, soprattutto nell'ambito della famiglia e della rete di aiuto tra famiglie, garantendo anche adeguati supporti economici, quale premessa ad interventi in sostituzione o affiancamento del nucleo familiare d'origine.

Una particolare attenzione va data alle nuove povertà ed emergenze, quali gli stranieri e la violenza sui minori: la programmazione regionale rispetterà le nuove istanze, con specifico riferimento all'esigenza di confronto e integrazione tra culture diverse, in quanto si è consapevoli del permanere nella nostra società delle "emergenze", per le quali si dovranno prevedere sufficienti risorse in termini economici e progettuali.

L'attuale sistema dei servizi per minori, pur esprimendo un numero di risposte non indifferente, sembra evidenziare una certa incapacità dei servizi stessi a raggiungere il bisogno, per la complessità sempre più forte che gli stessi bisogni esprimono. Il che comporta la necessità per i servizi stessi di collaborare con tutti i soggetti in grado di leggere e dare risposte diversificate ai bisogni.

La rete dei servizi socio assistenziali, che si è strutturata a seguito del primo Piano Socio Assistenziale Regionale e che è diffusa sul territorio lombardo, dovrà prevedere un'evoluzione organizzativa fondamentale sia rispetto al nuovo ruolo della famiglia, sia rispetto all'applicazione della legge n. 328/00 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" che indica il Comune quale titolare dei servizi socio assistenziali ed è quindi deputato a sceglierne l'assetto istituzionale e le formule gestionali, e dovrà attuare il riconoscimento del quarto settore e dell'associazionismo familiare quale capace di risolvere i propri problemi con l'aiuto e/o il supporto del servizio pubblico. In Lombardia dei 1.546 Comuni, ben 1.334 hanno meno di 10.000 abitanti e pertanto è necessario che i comuni trovino gli assetti più funzionali alla gestione dei servizi. Tale gestione può essere sovraterritoriale, tramite una modalità associata di gestione che attua un coordinamento ed una integrazione con i servizi sanitari, educativi, con le politiche del lavoro, della formazione, della casa, oppure applicando la delega delle competenze socio assistenziale, o ancora convenzionandosi o consorziandosi per la realizzazione dei compiti affidati ai comuni o applicando altre forme previste dall'ordinamento degli Enti locali. Obiettivo è quello di superare il localismo in senso stretto per collegare meglio risorse e territorio. Questo porterà la Regione ad assumere un ruolo di programmatore, lasciando la gestione diretta dei servizi ed aiutando il privato sociale a rafforzarsi.

Tutto ciò deve poter realizzare una politica sociale incisiva che non si ferma più solo all'offerta di servizi alla popolazione del singolo comune, l'assunzione, da parte dei comuni del ruolo di regolatori di una rete di offerta ed opportunità e non solo per le persone in stato di bisogno o difficoltà: l'intervento socio – assistenziale dei comuni si configura come "politica sociale attiva" e come tale volta ad attuare efficaci politiche di prevenzione, ad attivare percorsi che tendano sempre di più ad emancipare individui e famiglie che si trovano in stato di bisogno e difficoltà dal tradizionale circuito assistenziale e ad introdurli in una rete differenziata di servizi che, accogliendo e riconoscendo il bisogno, ne rafforzi potenzialità e capacità di autonome risposte. Poiché comunque ci muoviamo nell'ottica di una evoluzione del sistema, è necessario introdurre elementi di novità che, senza scardinare l'impianto esistente, permettano, da una parte, di superare il concetto di unità d'offerta e, dall'altra, una reale valorizzazione e legittimazione del Terzo Settore, della famiglia e dell'associazionismo familiare. Si vuole così contribuire a rendere effettiva la libera scelta del cittadino e sostenere e promuovere nuove forme di sperimentazione.

Una politica di sostegno allo start-up

E' necessario sostenere e valorizzare la pluralità delle risposte che nascono dall'incontro dei bisogni (nuove imprese sociali, associazioni, nuove progettualità, ecc.). Il fine è quello di dare a tutti i soggetti che vogliono operare a favore dei minori gli strumenti necessari (contributi a fondo perduto, finanziamenti agevolati, ecc.) per attivare servizi e nuove iniziative.

Finanziamenti di iniziative per promuovere e far conoscere le opportunità educative esistenti.

Non solo è necessario sostenere la nascita di nuove forme di risposta ai bisogni, ma monitorare e valutare le sperimentazioni effettuate in questi anni e, successivamente, occorre promuovere progetti finalizzati alla circolazione informativa volti a favorire l'incontro e agevolare la famiglia e i minori nella scelta dei servizi.

Gli obiettivi per il triennio saranno:

- individuazione dei criteri di autorizzazione, accreditamento, contratto e livelli di qualità dei servizi socioassistenziali;
- integrazione tra istituzioni pubbliche e gli altri soggetti del territorio;
- focalizzazione degli interventi per contrastare le nuove povertà, l'emergenza minori stranieri, la violenza e lo sfruttamento di minori attraverso interventi tempestivi ed adeguati alle nuove istanze;
- potenziamento degli interventi ad alto contenuto preventivo nei confronti della fascia debole della popolazione minorile e delle relative famiglie;
- attivazione dell'Osservatorio della Regione Lombardia per l'infanzia e l'adolescenza, quale ambito di raccolta dei dati utili a conoscere la condizione dei minori in Lombardia;
- istituzione del Pubblico tutore dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in grado di affiancarsi ai minori non solo nei procedimenti giudiziari, ma anche in quelli amministrativi;
- finanziamento di percorsi educativi personalizzati tramite la sperimentazione di due tipi di voucher, assegnati alle famiglie, commisurati all'effettiva situazione economica e al tipo di servizio richiesto; i voucher sono spendibili presso agenzie educative del Terzo Settore, dell'associazionismo familiare o figure professionali specializzate.

a) Voucher educativo – ricreativo

Sostegno economico al bisogno educativo nel suo complesso, dall'utilizzo del tempo libero, alle attività sportive, all'accompagnamento allo studio, al divertimento, all'aggregazione, ecc...

b) Voucher educativo - formativo

Questo sostegno economico è finalizzato alla realizzazione di percorsi formativi personalizzati che tengano conto della specificità del soggetto, nonché di creare condizioni didattiche e logistiche tali da consentire a soggetti svantaggiati e portatori di handicap di fruire a pieno titolo delle opportunità formative. La legge 144 del 17 maggio 1999 ha sancito, all'art. 68, l'obbligo di frequenza di attività formative fino al 18° anno di età con conseguente potenziamento dell'integrazione tra scuola, formazione professionale, apprendistato e tirocini formativi, concependo la formazione fino a 18 anni non tanto in termini di "obbligo" quanto in termini di "diritto" e di "opportunità". Tali percorsi possono concretizzarsi, a titolo esemplificativo, nelle scuole/bottega, nei centri diurni, nell'inserimento nel mondo del lavoro attraverso altre forme di accompagnamento – rispetto all'apprendistato – che hanno mostrato possedere metodo efficace per l'inserimento e la permanenza di questi ragazzi nel mondo del lavoro.

70 - Il sistema dei servizi nell'area minori, adolescenti e giovani

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatori
70.A1	Accreditamento	DGR	Avvio di un sistema che prevede l'autorizzazione, l'accreditamento ed i contratti	Definizione requisiti
70.S1	Sociale	Diversificazione e riqualificazione della rete dei servizi	Sperimentazione di interventi volti a contrastare le nuove povertà e l'emergenza minori stranieri	N. sperimentazioni
70.S2	Sociale	Effettuazione di una corretta analisi del bisogno	Realizzazione dell'Osservatorio regionale per l'infanzia e l'adolescenza	Attivazione osservatorio
70.S3	Sociale	Finanziamento di percorsi educativi personalizzati	a) Voucher educativo-ricreativo b) Voucher educativo-formativo	N. voucher assegnati / n° richieste

Abuso e maltrattamento

Le ampie problematiche correlate a situazioni di maltrattamento e violenza sessuale non possono che essere affrontate a diversi livelli, assicurando continuità e connessione fra strategie di prevenzione, informazione ed educazione sanitaria e sessuale, sostegno alle vittime, repressione degli aggressori, cura delle relazioni attraverso interventi di base e specialistici, con il coinvolgimento di competenze e professionalità diverse. Inoltre gli interventi di sostegno alla vittima coprono un ampio arco di prestazioni, dall'ascolto ed accoglienza, alla consulenza psicologica, alle cure ed eventuali perizie mediche, alla consulenza legale e, in situazioni di emergenza, richiedono interventi di residenzialità protetta e/o segreta ed eventualmente di housing sociale.

E' necessario focalizzare la programmazione e parte delle risorse sociali su temi quali abuso, maltrattamento dei minori e delle donne, nuove povertà, sistema "carceri".

Le risorse sono costituite oltre che dalla rete dei servizi di accoglienza per minori e dalla rete dei consultori familiari pubblici e delle unità operative del Servizio famiglia, anche dai consultori familiari privati accreditati, i servizi sociali dei Comuni, i centri specialistici, i centri antiviolenza presenti nel territorio lombardo.

Nel triennio occorre dare piena attuazione alle leggi 15 febbraio 1966, n. 66 "Norme contro la violenza sessuale", 3 agosto 1998, n. 269 "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù" e 4 aprile 2001, n. 154 "Misure contro la violenza nelle relazioni familiari".

In particolare gli obiettivi della programmazione regionale sono:

- potenziamento delle attività dei consultori familiari attraverso programmi consistenti in attività diagnostica e psicoterapeutica individuale, familiare e di gruppo;
- programmi per una corretta e diffusa informazione sul fenomeno del maltrattamento e dell'abuso rivolti agli ambiti scolastici, alle diverse agenzie educative e più in generale agli operatori ed ai genitori responsabili del processo di crescita;
- collaborazione con i centri antiviolenza per combattere la violenza domestica, sia di tipo fisico che psicologico, sessuale ed economico nei confronti delle donne e dei bambini;
- interventi volti a contrastare le situazioni di maltrattamento e violenza intrafamiliari in particolare con programmi:
 - finalizzati a promuovere la denuncia di episodi di violenza domestica;
 - di sostegno materiale, psicologico e legale alle donne ed ai minori che hanno subito violenze;
 - per l'allontanamento dalla famiglia del coniuge o genitore, o comunque del componente del nucleo familiare che compie atti di violenza.

71 - Abuso e maltrattamento

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatori
71.S1	Sociale	Miglioramento della conoscenza del fenomeno	censimento dei dati relativi all'abuso e maltrattamento minorile integrando i dati provenienti dall'autorità giudiziaria (TM, Tribunale Ordinario, preture ecc.), dai servizi pubblici e del privato sociale di area sociale (centri di accoglienza, di pronto intervento, linee telefoniche di aiuto ecc.) e di area sanitaria (PS, consultori familiari, UONPIE di psicologia dell'età evolutiva ecc.) censimento delle risorse pubbliche e di privato sociale in grado di dare risposte in termini di protezione, diagnosi e cura dei minori maltrattati o abusati	% di casi segnalati % di minori abusati/pop. di riferimento % minori abusati segnalati dalle strutture sanitarie / % abusi segnalati Servizi attivati nel triennio/Servizi del triennio precedente
71.P1	Prevenzione	programmi finalizzati ad una corretta e diffusa informazione sul fenomeno dell'abuso e maltrattamento	Prevenzione del fenomeno dell'abuso e del maltrattamento dei minori,	Programmi di informazione realizzati /n. ASL Programmi realizzati/ agenzie educative coinvolte per ASL
71.S2	Sociale	Interventi di contrasto delle situazioni di abuso e maltrattamento nelle sue diverse forme	Potenziamento dell'attività dei consultori familiari nella diagnosi, psicoterapia individuale e di gruppo sia per le vittime Potenziamento dei servizi di aiuto alla famiglia ed ai minori in difficoltà Formazione degli operatori di riferimento	n. interventi attivati

Consultori familiari

La rete dei Consultori familiari in Regione è costituita da 184 consultori familiari pubblici e da 47 consultori familiari privati autorizzati. La fascia di popolazione che afferisce è quella da 0 a 55 anni di età, per una popolazione complessiva di 6.198.973 abitanti.

I Consultori familiari sono definiti dalla L. 405/75 "Istituzione dei consultori familiari" come servizi a sostegno di una politica sociale "per la famiglia, per la coppia e per la donna". Il consultorio familiare costituisce un importante strumento per attuare gli interventi preventivi a tutela della salute globalmente intesa della famiglia, della donna, dell'età evolutiva, dell'adolescenza e delle relazioni di coppia e familiari.

La complessità e la rapida trasformazione del contesto demografico e socio-economico e dei bisogni di salute della popolazione richiedono che l'area consultoriale – quale area d'integrazione delle cure socio sanitarie di base – si attrezzi per adeguare operatività e prestazioni alle differenti età e specificità del ciclo di vita.

Sono servizi ad alta integrazione socio sanitaria che affrontano problematiche in continua trasformazione comportante una costante attenzione all'aggiornamento professionale degli operatori. L'obiettivo della normativa era quello di realizzare un servizio che interagisse soprattutto con la "normalità", la quotidianità e non soltanto con la patologia e la malattia, realizzando l'integrazione tra interventi sanitari e sociali, collegando i diversi servizi presenti sul territorio, attuando un'offerta degli interventi di promozione alla salute. Tale obiettivo si è realizzato in alcune situazioni, in altre realtà i Consultori familiari si sono trasformati in poliambulatori perdendo, nel tempo, la pratica del lavoro d'équipe.

Con l'avviarsi del processo di autorizzazione, accreditamento (DGR n. VII/3264 del 26 gennaio 2001) e tariffazione delle prestazioni e delle funzioni dei Consultori familiari (DGR n. VII/4141 del 6 aprile 2001) si è dato corso alla ridefinizione della rete consultoriale con il concorso dei Consultori familiari pubblici e privati.

Tale rete dovrà assicurare gli interventi previsti dalla normativa vigente e dal progetto obiettivo materno infantile ed in particolare:

- ◆ mantenere la caratteristica di servizio di base, fortemente orientato alla prevenzione, informazione ed educazione alla salute,
- ◆ Sostenere la formazione al ruolo genitoriale, quale proposta che amplia e prosegue il "percorso nascita" che deve essere sviluppato in continuità con l'aziende ospedaliere,
- ◆ Sviluppare la prevenzione del disagio adolescenziale e dei comportamenti devianti a volte determinati da esperienze di violenze e sfruttamento e la promozione della salute,
- ◆ Predisporre l'offerta di programmi per l'informazione sessuale e l'educazione alla salute rivolta non solo al target giovanile ma anche agli extracomunitari, anche al fine di prevenire le eventuali IVG, assicurando la libera scelta del metodo per il perseguimento della maternità e paternità consapevole,

- ◆ Predisporre programmi ed interventi da offrire ai genitori che scelgono la fecondazione assistita,
- ◆ Assicurare la presa in carico della donna che richiede l'interruzione di gravidanza; sviluppare inoltre programmi di prevenzione ed aiuto sia alla mamma che al bimbo concepito anche attraverso il coinvolgimento delle realtà interessate del Terzo Settore,
- ◆ Formulare proposte di intervento rivolte al benessere per la donna, anche di quella straniera,
- ◆ Prevenzione delle gravidanze a rischio, valutando anche il rischio sociale, determinato dall'emarginazione e dall'isolamento,
- ◆ Sviluppare l'adozione e l'affido familiare per favorire il più possibile la permanenza dei minori in famiglia,
- ◆ Promuovere progetti di intervento collegandosi con le altre agenzie educative presenti sui territori, fra cui, per esempio, oratori, centri giovanili, CAG.

72 - Consulteri familiari

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatori
72.A1	accreditamento	DGR	Completamento del processo	% consultori accreditati/tot. pop. di riferimento
72.P1	Prevenzione	Prevenzione del disagio adolescenziale	Attivazione di spazi adolescenti Programmi di educazione sessuale nelle scuole	% spazi adolescenti/ tot. consultori % spazi adolescenti/ pop. di riferimento %pop. scolastica coinvolta/ tot. pop. di riferimento %scuole coinvolte/tot. scuole
72.S1	Sociale	Interventi di contrasto al disagio familiare	programmi di mediazione familiare per la famiglia che affronta la separazione	n. programmi attuati
72.S2	Sociale	attivazione di programmi di mediazione culturale volti al benessere per la donna straniera	inserimento nel consultorio di un operatore di mediazione formazione e aggiornamento operatori	% programmi attivati/pop. straniera nel territorio di riferimento % operatori di mediazione/pop. straniera utente consultori % operatori di mediazione formati/tot. Operatori % operatori che hanno con corsi aggiornamento/tot. Operatori

3. La salute mentale: psichiatria, neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e disabilità correlate, psicologia

Negli ultimi anni si è verificato un cambiamento culturale e sociale significativo, che non può non toccare il mondo della psichiatria. In primo luogo, se da una parte l'immagine sociale del malato grave sembra tuttora connotata da un pregiudizio negativo, dall'altra è un dato che i tassi di prevalenza dei disturbi d'ansia e dell'umore sono così diffusamente aumentati da far sì che alcune forme si possano oggi classificare tra i disturbi comuni. In secondo luogo, l'epoca attuale, ad oltre 20 anni dalla legge 180/78, è quella successiva alla fase della deistituzionalizzazione ed è caratterizzata da una rinnovata attenzione nei confronti del lavoro clinico, nell'ambito di una positiva tendenza verso l'integrazione delle teorie e delle tecniche ed il superamento delle contrapposizioni ideologiche tra i modelli dottrinari. In terzo luogo: la sensibilità della popolazione è mutata, nella direzione di una valorizzazione di modalità libere e autoorganizzate di risposta ai bisogni, nel senso sia della solidarietà sia della diversificazione dei servizi offerti (il passaggio dal welfare state alla welfare society).

Anche tra gli operatori si avverte l'importanza di una transizione, che è indispensabile facilitare introducendo il linguaggio dell'orientamento al cliente e al risultato, della responsabilizzazione sull'efficacia - efficienza, del miglioramento della qualità - «valori» che la medicina moderna sente come reali benefici sul piano professionale - in una versione che offra anche agli operatori del settore una prospettiva di obiettivi e strumenti che stimolino la professionalità, orientino il lavoro e insieme ne valorizzino le caratteristiche psico-sociali specifiche.

Un riferimento necessario è il P.O. regionale '95-97 "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente", caratterizzato da un serie di linee programmatiche relative alle strutture e agli assetti organizzativi: lo stato di attuazione dei servizi ivi individuati e del loro funzionamento è costantemente monitorato dal servizio informativo. La Regione Lombardia ha in questi anni assicurato:

- una organizzazione dei Servizi di Salute Mentale articolata in Unità Operative di Psichiatria dell'adulto e in UONPIA per l'età evolutiva, presenti in tutto il territorio e dotate della prevista rete di strutture in parte ancora da completare (ad esempio in Milano città);
- la collocazione della psichiatria e della neuropsichiatria infantile, al pari delle altre specialità mediche, all'interno delle aziende ospedaliere e con lo stesso sistema di remunerazione;

- la costituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale in tutte le AO, sulla base della DGR 38114 del 11. 8. 1998 che offre le linee guida per la regolamentazione dei DSM e inoltre prevede la collaborazione/integrazione tra UOP, UONPIA, privato sociale, associazioni, servizi affini della ASL;
- l'implementazione di un sistema informativo puntuale e completo, base per ogni valutazione sia dei fenomeni che delle attività;
- il completamento del processo di accreditamento di tutte le strutture;
- l'ampliamento dell'offerta di strutture, pubbliche e private, in particolare di tipo residenziale, in concomitanza con l'avvenuto superamento degli O. P.;
- i diversi provvedimenti relativi al settore della neuropsichiatria infantile, come ad es. la DGR 22.12.2000, n. 7/2800, sulle nuove tariffe delle prestazioni, e la relativa circolare 2/san del 3.1.2001.

Vari aspetti di tale analisi trovano riscontro a livello nazionale nel Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1998 – 2000", di cui al DPR 10.11.1999, ove fra gli obiettivi di salute e gli interventi prioritari vengono tra gli altri menzionati: i programmi preventivi sulle popolazioni a rischio e l'attenzione alla fascia dell'adolescenza; la presa in carico dei pazienti gravi e i piani terapeutico-riabilitativi personalizzati; i protocolli di collaborazione tra servizi per l'età evolutiva e per l'età adulta; il lavoro di integrazione con i MMG, i servizi sociali e le diverse risorse del territorio; il coinvolgimento e sostegno alle famiglie; nonché questioni quali: i nuovi rischi di istituzionalismo, il mix pubblico-privato, il controllo della spesa, i progetti gestionali sulla qualità, la valutazione, la formazione.

Giova comunque osservare che le dimensioni epidemiologiche attuali dei disturbi psichici e la rilevanza della quota del FSR attribuita alla psichiatria risultano in contrasto con il fatto che i servizi per la salute mentale non siano sempre considerati come di importanza strategica nell'ambito della sanità e che l'integrazione con i servizi sociali e i competenti organi locali sia ancora carente. Come ricorda anche la mozione approvata dal Consiglio regionale di cui al DCR 5.6.2001 - n. VII/227, si rende necessaria la ripresa di una iniziativa forte e autorevole nel settore, che da un lato stimoli e coinvolga l'interesse delle aziende sanitarie pubbliche e dei diversi nuovi soggetti presenti sulla scena regionale e, dall'altro, sappia tener conto delle specificità delle discipline psichiatriche.

I punti maggiormente significativi riguardano alcune esigenze alle quali dare soluzione:

1. Linee politico-organizzative

- L'esigenza di trasferire anche al settore della salute mentale alcuni principi ispiratori della legge regionale 31/97, con particolare riguardo al diritto alla libera scelta del cittadino e alla parità tra soggetti erogatori di servizi.
- L'attuazione di politiche che realizzino una sempre maggior apertura alle funzioni territoriali (interventi ambulatoriali e domiciliari), così da favorire l'applicazione di modelli di psichiatria di comunità, riducendo il ricorso a ricoveri residenziali impropri, anche tramite una più adeguata valorizzazione delle prestazioni ed il riequilibrio del sistema di finanziamento come strumento che orienta attività e obiettivi.
- La riformulazione dei modelli clinico-organizzativi in base alla necessità di attuare i principi guida (di cui la relazione personale è parte) dell'assistenza in psichiatria e neuropsichiatria infantile, garantendo i livelli di assistenza in un contesto di risorse limitate (introduzione di misure di attività ed esito, definizione di linee guida).

2. Lavoro per progetti

- La necessità di differenziare i percorsi di cura, sulla base di una accurata osservazione diagnostica e valutazione dei bisogni clinico-sociali: a) l'iter della risposta all'acuzie, b) la consulenza per le patologie "minori", c) l'assunzione in cura, d) il trattamento integrato (cd. "presa in carico") del paziente grave con bisogni complessi e programmi articolati nel tempo.
- Quindi l'elaborazione di progetti corrispondenti: percorsi diagnostico - terapeutici con corresponsabilizzazione dei MMG, protocolli di trattamento propri del servizio, piani terapeutico-riabilitativi personalizzati anche articolati tra pubblico e privato (aperti a modalità sperimentali) e con il coinvolgimento della rete territoriale e delle famiglie.
- Diversificazioni che debbono incentivare la professionalità e l'efficacia dell'offerta, promuovere la libera scelta di chi domanda, contrastare l'autoreferenzialità dei servizi.

3. Coordinamento delle risorse

- Coordinamento e attivazione degli interventi di urgenza - emergenza sul territorio e integrazione dei servizi di ricovero ospedaliero.
- Coordinamento di tutte le risorse residenziali presenti sul territorio provinciale.
- Coordinamento, integrazione e sviluppo delle risorse operanti (formali e informali) e loro messa in rete nell'area della metropoli di Milano, anche con l'attuazione di modelli innovativi gestionali.

4. Integrazione dipartimentale

- Risposte integrate a problematiche di confine: patologie correlate all'abuso di sostanze, comportamenti violenti, patologie legate all'immigrazione, malati terminali.
- Sviluppo ed integrazione, nell'ambito dei DSM, dell'area della neuropsichiatria infantile, in particolare per i disturbi dell'adolescenza, con i servizi psichiatrici.
- Aspetti assistenziali delle disabilità a rilievo psichiatrico, in particolare per quanto concerne l'utilizzo delle strutture residenziali: essenziale il raccordo con la rete sociale e la rete socio-sanitaria ad elevata integrazione delle ASL (prevista in questo PSSR).

L'organizzazione dei servizi per la salute mentale vede soggetti non istituzionali (associazioni dei familiari e dei pazienti, volontariato) e il privato non-profit interagire con le istituzioni tradizionalmente deputate ad attuare le strategie di intervento previste dalla programmazione nazionale e regionale (aziende sanitarie, Enti locali): ciò potrà contribuire, in un'ottica di libertà di scelta della cura da parte degli utenti (libera circolazione), allo sviluppo della qualificazione dell'assistenza e all'innovazione nei progetti di trattamento.

L'intervento dovrà, pertanto, orientarsi a una più precisa individuazione dei bisogni e delle risorse, al rinnovamento culturale ed organizzativo dei servizi in modo da garantire la centralità della persona che richiede la cura, all'ampliamento e diversificazione delle agenzie erogatrici così da favorire la contrattualità nell'impostazione del rapporto cliente-servizio, al miglioramento della qualità dei servizi (specie ospedalieri) e della soddisfazione dei clienti, alla verifica degli interventi, alla attuazione di progetti che affianchino all'utilizzo di pratiche di provata efficacia la possibilità di sperimentare nuove forme di lavoro in rete finalizzate a ridurre la sofferenza dei pazienti e delle famiglie e a favorire l'inserimento nel contesto sociale.

Le linee individuate richiedono interventi specifici per le due aree: psichiatria e neuropsichiatria infantile.

Psichiatria

Indirizzi

La chiave di volta consiste nell'identificare elementi di piano che non riguardino solo l'organizzazione dei servizi o le strutture, ma che diano indicazioni sui *progetti* da attuarsi a livello clinico – operativo: verificato e completato l'assetto organizzativo, occorre ora dedicarsi ai programmi di trattamento, ai percorsi di diagnosi e terapia, ai processi clinici, alla relazione con la persona malata tutelando i suoi diritti di cittadino.

Primo obiettivo da perseguire è lo sviluppo di una *psichiatria di comunità* che operi in un contesto ricco di risorse e di offerte, in un territorio concepito come un insieme funzionale ampio, non rigidamente delimitato, con la possibilità di integrare diversi servizi, sanitari e sociali, pubblici, privati e non profit, e di collaborare con la rete informale presente, in una reale apertura alla società civile.

I DSM debbono proporsi una duplice missione: di garantire la *libertà di scelta* della cura da parte degli utenti e di assicurare nel contempo il trattamento dei pazienti gravi (*presa in carico*). Un compito che può assolversi attraverso azioni che implementino interventi su due assi, con fini e metodi ben distinti: a) favorire il libero contratto tra l'operatore professionale e il soggetto come portatore di domanda di cura, b) offrire accogliimento ai bisogni complessi del paziente grave e fornire gli idonei trattamenti integrati.

Progetti

Ne discende l'esplicitazione di progetti differenti, programmando e attivando percorsi di cura e assistenza, anche nell'interazione tra soggetti diversi, e valutandone esiti e risultati.

In generale è opportuno prevedere l'aggiornamento di protocolli operativi che definiscano le modalità di accesso al servizio specialistico e regolino i rapporti tra i servizi psichiatrici accreditati e i Medici di Medicina Generale, perno fondamentale del sistema.

In particolare le tipologie di tali percorsi si possono così esemplificare:

- *La consulenza*: Coinvolgere i MMG nella stesura di protocolli o procedure minime (modalità d'invio, filtro, restituzione, follow-up, urgenze) nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici: a tal fine dovranno essere concordate modalità organizzative per il trattamento dei disturbi mentali lievi, che potranno essere trattati dal MMG con la consulenza dello specialista del servizio psichiatrico accreditato, e sviluppati progetti di intervento integrati con la Medicina Generale sulle patologie depressive.
- *L'assunzione in cura*. Introdurre metodi o procedure atte a valorizzare la domanda e la contrattualità nella relazione utente – operatore e a differenziare i percorsi di cura; identificare strumenti di controllo della qualità con l'obiettivo di valutare l'adeguatezza dei servizi e di verificare l'appropriatezza degli interventi erogati e gli esiti raggiunti; realizzare protocolli che promuovano la partnership con gli utenti.
- *Il trattamento integrato* dei disturbi mentali gravi ("presa in carico"): situazioni che presentano una rilevante sintomatologia clinica, associata a problemi di rilievo sociale e/o disabilità, per le quali deve essere assicurata la gestione e il trattamento terapeutico e riabilitativo personalizzato da parte dei servizi psichiatrici territoriali, che predisporranno in modo appropriato, con le necessarie integrazioni sociali, le risorse assistenziali e terapeutiche adeguate alla complessità dei casi. A questo livello si può ad es.: definire linee guida o protocolli professionali che descrivano le modalità operative della presa in carico ed individuino criteri e limiti della continuità terapeutica; intraprendere iniziative trasversali pubblico-privato, in tema di percorsi riabilitativi, residenziali e non, cooperando con l'imprenditoria sociale ed eventualmente collegandole a forme sperimentali di finanziamento sulla persona; coinvolgere l'area non profit in progetti tesi al recupero dei "persi di vista"; lavorare con le famiglie e sviluppare collaborazioni tra servizi psichiatrici e realtà non istituzionali (associazioni, rete informale).

Inoltre, si raccomanda di attuare più definiti programmi su obiettivi, quali i disturbi dell'adolescenza, che stimolino la collaborazione con la NPI, quindi con le scuole, i mondi vitali, nonché di formulare progetti che rispondano a bisogni attualmente inevasi e/o che offrano risposte innovative a problemi presenti nell'operatività dei servizi, in un'ottica di prevenzione e trattamento precoce del disagio psichico.

In ottemperanza a quanto previsto dalla mozione approvata dal Consiglio regionale di cui alla DCR del 5 giugno 2001 n. VII/227, tra l'altro, particolare attenzione dovrà essere data all'individuazione di risposte adeguate per i pazienti depressi e per le situazioni attualmente inviate negli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari).

Organismi di coordinamento e integrazione

La complessità del lavoro di integrazione, sopra descritto, suggerisce di realizzare un “tavolo” di coordinamento, a scopo di collegamento delle risorse e di valutazione-verifica dei progetti, ove il DSM si apra alla collaborazione con ASL, MMG, enti locali, agenzie della rete naturale, soggetti erogatori, mondo del lavoro. Tali iniziative si possono realizzare meglio, cioè più efficacemente e con maggiori garanzie di libertà di domanda/offerta, nell’ambito di un’area più ampia rispetto a quelle attualmente afferenti alle UOP o anche ai singoli DSM.

Si ipotizza quindi la creazione di “macroaree” per un adeguato lavoro di coordinamento: non solo allo scopo di utilizzare le risorse e le opportunità sociali del territorio (compresa la residenzialità) nell’ambito dell’integrazione socio-sanitaria che il nuovo PSSR fortemente propone con le ASL e i Comuni, ma anche per la fondamentale esigenza di introdurre elementi di differenziazione e specializzazione per una miglior qualità dei servizi (dalle emergenze alle strutture “messe in rete”). Altre possibili funzioni, in aggiunta a quelle dette, da situare a questo più ampio livello di coordinamento, possono riguardare i vari aspetti del case management, tra cui la funzione di tutoring (garante) della corretta attuazione dei progetti in favore del singolo utente.

All’identificazione di «macroaree» (per es. a livello di ASL), con la molteplicità di soggetti, ciascuno a suo titolo, e la pluralità di risorse in campo, deve coerentemente corrispondere la costituzione di nuovi “Organismi di Coordinamento”, che tramite la stipula di accordi di programma o convenzioni o con la costituzione di nuovi soggetti societari assolvano alle esigenze di integrazione e di gestione sopra evidenziate.

Inoltre la diversificazione dell’offerta di assistenza psichiatrica si attua anche attraverso l’accreditamento di erogatori pubblici e privati che prevedano l’articolazione delle diverse fasi di trattamento dell’utente, attraverso l’offerta della rete di strutture individuate dalla normativa vigente e l’erogazione di prestazioni ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali, residenziali e ospedaliere.

Sistema di remunerazione

Un aspetto fondamentale e problematico, che attraversa tutte le aree gestionali e organizzative sin qui menzionate, riguarda il sistema di finanziamento: non solo rispetto ai costi delle prestazioni, ma soprattutto come leva di responsabilizzazione della dirigenza, capace di indirizzare coerentemente l’operatività verso le funzioni territoriali e orientare meglio l’utilizzo della residenzialità protetta. Sulla base dell’esperienza acquisita e avendo un utile contributo nel documento conclusivo del Coordinamento Primari di Psichiatria (“La remunerazione delle attività psichiatriche: situazione attuale e proposte di revisione”), occorre procedere a rivedere modalità e quote di remunerazione delle diverse attività, così che risultino incentivati gli interventi ambulatoriali e domiciliari, valorizzati alcuni DRG ospedalieri, riequilibrare o riformulate le tariffe delle attività residenziali.

Per quanto riguarda i programmi innovativi, essi dovrebbero riguardare anche i nodi più critici del sistema-psichiatria, uno dei quali è costituito dall’assistenza ai pazienti psicotici di nuova cronicità e dalla sfida a realizzare forme di gestione efficaci/efficienti in risposta ai loro (complessi) bisogni. Esistono in proposito numerosi contributi di ricerca che la letteratura specialistica ha prodotto.

Basandosi su questi studi, si tratterebbe, in sintesi, di avviare una iniziativa sperimentale che verifichi l’utilizzo di nuove forme di finanziamento, centrate sul soggetto-paziente e non sulla prestazione, da impiegare per il percorso di trattamento (a termine) previsto. Il progetto sperimentale deve anzitutto identificare le caratteristiche di un cluster di pazienti con diagnosi di patologia grave e con alto “carico” sociale (gravità e gravosità), definire le variabili (tempi e metodi) del piano terapeutico-riabilitativo personalizzato, individuare la tipologia di servizi e strutture necessarie, calcolare i costi medi delle prestazioni connesse, prevedere modalità di verifica intermedia e di valutazione finale dei risultati, nonché studiare forme di corresponsabilizzazione del MMG e di coinvolgimento dei vari soggetti presenti nell’attuazione del programma di cura attraverso la ricerca delle sinergie e delle cooperazioni necessarie. Risultati attesi: creazione di un circolo virtuoso tra operatori/pazienti/famiglie/imprese sociali che premi l’innovazione e il dinamismo evolutivo, coniugando l’esigenza di trattamento efficace della persona e di riduzione degli esiti disabilitanti con la necessità dell’ottimizzazione gestionale.

Residenzialità e riabilitazione

Un’altra area di criticità trasversale ai temi sopra citati può essere individuata nella riabilitazione, in particolare nell’ambito residenziale, ove si è realizzato negli ultimi anni un consistente sviluppo dell’offerta. Al fine di introdurre elementi di regolazione e di qualità nell’attività del settore, è stato promosso, da parte dell’Assessorato alla Sanità, un Gruppo di lavoro sulle Strutture Residenziali, che ha elaborato un documento finale con le nuove proposte e le linee guida. Occorrerà altresì attivare strumenti per una costante verifica quantitativa e qualitativa su interventi e costi.

Le caratteristiche del bisogno rilevato in ciascun paziente sono la base del progetto personalizzato di trattamento, di cui l’inserimento eventuale in una SR fa parte e che prevederà le modalità di accoglimento, di trattamento e di dimissione, definendo i tempi di permanenza nella struttura e i risultati attesi.

La residenza va intesa anzitutto come una “funzione”, cui è possibile rispondere con una pluralità di possibili risorse con caratteristiche di flessibilità e di integrazione nella vita sociale. Specifiche esigenze di natura riabilitativa e/o assistenziale possono suggerire il ricorso a strutture residenziali, le quali saranno differenziate in base al livello di intervento terapeutico riabilitativo e al grado di intensità assistenziale offerti. A tal fine si intende:

- ripensare la classificazione delle SR prevista dalla normativa vigente in materia di accreditamento e definire tariffe differenziate in base all’impegno riabilitativo assolto;

- promuovere percorsi che consentano il passaggio dei pazienti più autonomi dalle strutture a più elevata intensità riabilitativa alle strutture a più bassa intensità riabilitativa;
- definire per le strutture a prevalenza riabilitativa i tempi massimi di durata del trattamento, per evitare che strutture sanitarie diventino sostitutive di risorse socio-assistenziali, che devono essere reperite sul territorio con il concorso dei soggetti presenti;
- prevedere, soprattutto per i pazienti con limitate necessità psichiatriche, un attivo coinvolgimento di ASL, Comuni e altri soggetti per realizzare idonei progetti sociali.

Inoltre, al fine di non gravare gli SPDC di degenze improprie, quali quelle relative a pazienti nella fase post-acuta, si potrà valutare l'opportunità di prevedere percorsi terapeutici specifici con l'individuazione in via sperimentale di posti letto ospedalieri in strutture accreditate, che offrano la possibilità di degenze post-acuzie, comunque finalizzati a realizzare parti del piano personalizzato di trattamento, sulla base di protocolli definiti (comprensivi dei tempi di degenza).

Per attuare gli interventi previsti la Giunta regionale si impegna a predisporre entro 12 mesi un "piano regionale sulla salute mentale" che, tenuto conto sia del Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela salute mentale 1998-2000" e del Progetto Obiettivo Regionale "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente" sia della normativa vigente in materia, interverrà con particolare attenzione: nella definizione dei ruoli e delle responsabilità in capo alla pluralità dei soggetti (aziende sanitarie, Enti locali, Privato sociale, volontariato) che operano per la tutela della salute mentale; nella definizione della rete dei servizi con particolare riguardo alla funzione del Dipartimento di salute mentale; nella modalità della presa in carico dei bisogni dell'utente, per garantire la continuità della cura; nella ridefinizione dei criteri e quote di finanziamento delle attività di psichiatria, anche nella prospettiva di forme di pagamento prospettico dei trattamenti integrati per i pazienti gravi e complessi; nell'attivazione di idonei programmi di formazione e aggiornamento degli operatori e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica; nella individuazione di risposte al bisogno di intervento psichiatrico per il soggetto internato in Ospedale Psichiatrico Giudiziario e per i soggetti adulti e minorenni reclusi in Istituti Penitenziari.

73 - La salute mentale

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatori
73.A1	Accreditamento	Rete di offerta di strutture accreditate	Realizzazione di UOP pubbliche e private accreditate	% di UOP accreditate per l'erogazione di prestazioni ospedaliere, residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali
73.AC1	Assistenza / Cura	Informare l'utenza e sensibilizzare il MMG	Aumentare l'accessibilità dei servizi	Aumento di pazienti al primo contatto nell'anno
73.AC2	Assistenza / Cura	Programma concordato tra servizio territoriale inviante e struttura residenziale contenente il progetto di trattamento personalizzato	Definizione di progetti integrati di intervento individuali e dei protocolli di accoglimento, trattamento, di dimissione in strutture residenziali	- % di pazienti per i quali è stato definito il progetto personalizzato concordato - % protocolli delle SR - % di pazienti dimessi entro i tempi definiti
73.AC3	Assistenza / Cura	Percorsi diagnostico-terapeutici dei servizi psichiatrici territoriali (pubblici e privati) e modalità di rapporto con i MGG	Formalizzazione dei percorsi di cura tra MMG e Servizi Psichiatrici e di protocolli di trattamento differenziati	% di UOP con protocolli operativi definiti
73.Q1	Qualità	L'identificazione di strumenti di controllo della qualità con l'obiettivo di valutare l'adeguatezza dei servizi e dei percorsi di cura dei pazienti e di verificare l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi erogati	Verifica della qualità della cura e della soddisfazione degli utenti (in particolare a livello di: cure ospedaliere, libera scelta, pazienti gravi, collaborazione con le famiglie)	- % di DSM che hanno attivato formalmente nuclei di valutazione - % progetti MCQ e linee guida

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatori
73.AC3	Assistenza / Cura	La formulazione di progetti che rispondano ai bisogni attualmente inevasi e/o che offrano risposte innovative a problemi presenti nell'operatività dei servizi, in un'ottica di prevenzione e trattamento precoce del disagio psichico	Implementazione di progetti innovativi, anche in collaborazione con il privato sociale e con le UONPIA per le problematiche dell'adolescenza	% di UOP e DSM che svolgono programmi innovativi
73.AC4	Assistenza / Cura	Coordinamento e integrazione di tutte le risorse pubbliche e private, sanitarie e sociali, territoriali e residenziali, su aree dipartimentali e sovradipartimentali	Identificazione di "macroaree" (a dimensione di ASL) e di modalità di collaborazione tra AO, ASL, enti locali, soggetti privati e non profit, agenzie della rete naturale	- Costituzione di "Organismi di Coordinamento" sovradipartimentali - Stipula di "Accordi di programma"
73.Q2	Qualità	Iniziativa sperimentale: "Progetti personalizzati con finanziamento <i>ad personam</i> ", per il trattamento di pazienti gravi e complessi	Definizione e presentazione progetti di trattamento con tipologia di utenti, prestazioni, tempi, metodi e costi	Avvio di tre progetti finanziati sul territorio regionale
	Remunerazione prestazioni sanitarie e flussi informativi	Sistema di remunerazione delle attività psichiatriche	Revisione dei criteri e delle quote tariffarie delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari, ospedaliere, residenziali	Adozione di deliberazioni regionali ad hoc

Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

Per quanto riguarda la Neuropsichiatria infantile, oltre alle tematiche prioritarie già individuate nella prima parte del testo, è necessario garantire indirizzi programmatici, organizzativi e gestionali anche relativi alle seguenti tematiche:

- prevenzione;
- integrazione dei servizi dei servizi sanitari, sociali ed educativi;
- riabilitazione;
- formazione e aggiornamento degli operatori e dei soggetti coinvolti nella gestione degli interventi assistenziali e prevedere l'addestramento a nuovi strumenti;
- sistema informativo per la rilevazione delle prestazioni e delle risorse dei servizi pubblici e privati accreditati.

Oltre alle tematiche già evidenziate il tema della riabilitazione in età evolutiva richiede una trattazione specifica per la complessità degli interventi e delle prestazioni assistenziali che essa richiede.

La Riabilitazione in età evolutiva

Definizione

La riabilitazione in età evolutiva è un processo complesso teso a promuovere la miglior qualità di vita possibile per il minore e la sua famiglia.

Il processo riabilitativo ha un *carattere olistico* in quanto si rivolge al bambino nella sua globalità fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale ed *ecologico* poiché coinvolge la famiglia e il contesto ambientale e sociale.

A differenza della riabilitazione in età adulta, dove l'intervento è sempre susseguente ad un evento lesionale, sia esso traumatico che di origine infettiva o degenerativa, in età evolutiva è la dinamicità del soggetto l'elemento cruciale attorno cui ruota l'intervento riabilitativo e tale dinamicità è l'elemento responsabile del maggiore utilizzo di risorse specifiche: per questo ha sempre caratteristica di intensività in relazione all'entità delle risorse utilizzate.

Caratteristiche dell'intervento riabilitativo

Il processo riabilitativo comprende interventi integrati di ordine sanitario, educativo e assistenziale:

- *Gli interventi di ordine sanitario* sono tutte le procedure diagnostiche, valutative e terapeutiche mirate allo sviluppo e al miglioramento delle funzioni adattive: in Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza questi interventi tengono conto della molteplicità delle funzioni alterate (motorie, percettive, cognitive, affettive e relazionali) e delle loro interazioni reciproche. Le procedure diagnostiche e terapeutiche si basano su una conoscenza aggiornata, supportata dall'evidenza scientifica e dai contributi delle scienze neurologiche e psichiatriche, relativa alle caratteristiche della patologia che ha determinato la disabilità (*diagnosi eziologica*), alla patogenesi del disordine

funzionale (*diagnosi funzionale*), e al profilo di disabilità in un'ottica dinamica e nel rispetto della individualità di ciascun bambino.

- *Gli interventi riabilitativi* di ordine sanitario hanno obiettivi definiti a breve, medio o lungo termine, una durata programmata in relazione agli obiettivi e sono sottoposti a verifiche periodiche.
- *Gli interventi di ordine educativo* mirano a favorire l'apprendimento di regole e l'acquisizione dell'autonomia nel contesto di vita e in relazione all'età del bambino: essi sono di competenza sanitaria e si attuano con gli operatori specialisti del settore in stretta collaborazione con la famiglia. Anche questi interventi vengono attuati secondo priorità ed obiettivi, hanno durata programmata e vengono sottoposti a verifiche.
- *Gli interventi assistenziali* costituiscono l'insieme di tutte le attività finalizzate a favorire il benessere del bambino e della sua famiglia, ad adeguare l'ambiente di vita allo sviluppo delle funzioni adattive e a garantire al bambino l'acquisizione di un ruolo sociale condizionato nella minor misura possibile dalla disabilità. Le procedure di valutazione e di intervento sono condotte dall'équipe di riabilitazione in collaborazione con la famiglia e con l'ambiente di vita del bambino (scuola, comunità, ecc.) in quanto si basano non solo sul grado di disabilità, ma sui bisogni e sulle caratteristiche familiari e sociali, sulla disponibilità di risorse e sulla prognosi di sviluppo e di cambiamento del singolo individuo.

Gli interventi assistenziali sono articolati in relazione ad obiettivi, sottoposti a verifiche, erogati con periodici aggiornamenti senza soluzioni di continuità per tutto l'arco dell'età evolutiva.

In particolare, poiché l'intervento di neuroriabilitazione nell'età evolutiva non deve essere disgiunto dalla presa in carico e dalla necessità di garantire una continuità assistenziale specifica e specialistica, è fondamentale che l'intervento riabilitativo, sia in ambito ambulatoriale, residenziale e semi-residenziale, avvenga in strutture che abbiano le condizioni organizzative necessarie a garantire che l'intervento sia logicamente susseguente alla diagnosi funzionale e al progetto riabilitativo e ad assicurare continuità di indirizzi anche verso l'ambiente familiare e scolastico.

Strategia dell'intervento riabilitativo

Gli interventi di riabilitazione in età evolutiva devono prevedere la *presa in carico globale* del bambino, la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi.

Il progetto riabilitativo individuale si attiene ai seguenti principi generali:

- indica il medico Neuropsichiatria infantile responsabile del progetto;
- tiene conto in maniera globale dei bisogni del bambino e dei suoi familiari, delle disabilità nelle diverse aree funzionali, delle abilità e potenzialità residue oltre che dei fattori ambientali, contestuali e personali;
- definisce gli obiettivi e quindi la prognosi di sviluppo, le aspettative e le priorità del bambino e della famiglia e quando necessario dell'équipe curante;
- dimostra la consapevolezza e la comprensione, da parte dell'intera équipe riabilitativa;
- definisce il ruolo dell'équipe riabilitativa, composta da personale adeguatamente formato, rispetto agli interventi da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi;
- definisce nelle linee generali gli obiettivi a breve, medio, lungo termine, i tempi previsti, gli interventi e le condizioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi;
- è comunicato in modo comprensibile ed appropriato alla famiglia;
- è comunicato a tutti gli operatori coinvolti nel progetto e al pediatra curante del bambino;
- costituisce il riferimento per ogni intervento svolto dall'équipe;
- è aggiornato e verificato periodicamente in relazione ai cambiamenti nel corso dell'iter riabilitativo.

Il programma riabilitativo si colloca all'interno del progetto riabilitativo e definisce:

- ◆ le modalità della presa in carico da parte di una specifica struttura dell'area riabilitativa;
- ◆ gli interventi sanitari, educativi e assistenziali specifici durante il periodo di presa in carico;
- ◆ individua ed include gli obiettivi a breve termine e li aggiorna nel tempo;
- ◆ definisce tempi e modalità di erogazione delle prestazioni previste negli interventi;
- ◆ definisce gli strumenti e le procedure per la valutazione dell'efficacia degli interventi;
- ◆ individua gli operatori coinvolti negli interventi e ne definisce il relativo impegno;
- ◆ viene aggiornato e verificato periodicamente;
- ◆ costituisce un elemento di verifica del progetto riabilitativo.

Attivazione e fasi del processo riabilitativo

L'attivazione del processo riabilitativo comporta di necessità l'acquisizione con strumenti adeguati e nel più breve tempo possibile dei seguenti elementi:

1° Diagnosi eziopatologica: le indagini per individuare le cause della patologia che ha determinato la disabilità vanno condotte in base alle conoscenze più aggiornate. Nel caso di patologie che lo richiedano, su indicazioni delle linee guida nazionali e internazionali, queste vengono effettuate presso le strutture dotate di tutte le tecnologie necessarie (neurofisiologiche, neuroradiologiche, eventualmente neurochimiche.) per un inquadramento patogenetico preciso, di norma nei servizi ospedalieri di Neuropsichiatria Infantile e in strutture ospedaliere di Neuroriabilitazione con competenza neuropsichiatrica infantile.

2° Diagnosi funzionale: si attua con la valutazione delle singole aree funzionali e di sviluppo coinvolte potenzialmente dalla patologia e secondo l'utilizzo di metodologie specifiche per l'età evolutiva.

Deve rispondere ai seguenti requisiti:

- la valutazione delle funzioni adattive tiene conto del corso evolutivo delle diverse aree in relazione all'età, della molteplicità delle funzioni alterate (motorie, cognitive, percettive, affettive, comunicative), delle loro interazioni reciproche, secondo un'ottica che consideri sia la quantità delle competenze acquisite che la loro qualità adattiva;
- la valutazione considera le caratteristiche del quadro clinico del singolo bambino, la sua storia, il contesto ambientale, familiare, sociale e l'eventuale iter diagnostico-riabilitativo già percorso;
- la valutazione delle funzioni deve essere dinamica. Essa fornisce informazioni sulle caratteristiche di adattabilità del comportamento del bambino, e dell'adolescente nelle varie aree);
- la valutazione porta alla definizione del *profilo funzionale, motorio, cognitivo, linguistico e/o della diagnosi di struttura*, sulla base delle quali viene formulata *la prognosi*, e la scelta degli obiettivi prioritari di intervento.

3° La formulazione del progetto terapeutico/ riabilitativo:

- viene formulato come un progetto di sviluppo di funzioni, di personalità e di possibile cambiamento, elaborato per ciascun bambino e adolescente e condiviso dalla famiglia;
- opera anche nel contesto di vita del bambino e dell'adolescente (famiglia, scuola) e promuove le condizioni ambientali più adatte a favorire lo sviluppo e il recupero delle funzioni neuropsichiche;
- si articola in programmi terapeutici, sanitari, educativi ed assistenziali secondo obiettivi, ipotesi e strategie che dovranno essere periodicamente verificate in relazione alle fasce di età e all'evoluzione di tutte le aree funzionali.

Requisiti per la presa in carico

La complessità e molteplicità delle funzioni coinvolte in tutte le disabilità infantili, la durata dei percorsi riabilitativi nelle patologie dello sviluppo, per lo più croniche, e il necessario coinvolgimento di diverse figure professionali, di familiari e di personale educativo, nel progetto riabilitativo pongono alcune esigenze inderogabili nella definizione *dei modelli organizzativi*:

1. L'équipe riabilitativa deve garantire l'*integrazione* delle competenze sia nella fase di diagnosi funzionale, che nella fase di formulazione del progetto riabilitativo e di definizione dei vari programmi terapeutici e/o educativo-assistenziali. Ciò presuppone la disponibilità di diverse competenze, oltre al Neuropsichiatra infantile, lo Psicologo, il Tecnico della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, il logopedista, l'assistente sociale, l'educatore, e con la possibilità di avvalersi della consulenza di fisiatria, ortopedico, oculista, pediatra. Il personale deve essere in un rapporto numericamente adeguato ai bambini in carico, e devono essere previsti tempi e modalità adeguati per incontri periodici per la discussione delle valutazioni condotte, delle verifiche e dell'integrazione dei programmi in sinergia con le famiglie e la scuola. Deve essere garantito l'ambiente terapeutico, capace di stimolare e integrare lo sviluppo del «sé» sia attraverso la cura delle funzioni di base (alimentazione, sonno, controllo sfinterico, ecc.) sia attraverso la stimolazione del gioco e dell'attività a valenza cognitiva. Le tipologie di intervento richiedono personale e strutture specifiche; qualora differenti metodologie vengono applicate nella stessa struttura gli spazi devono essere differenziati e adeguati a garantirne l'attività.
2. L'attività terapeutica deve avvenire *in locali con spazi dedicati* ai minori e adolescenti, devono essere dotati di materiale e attrezzature idonee all'età e adeguati alla possibilità di svolgere attività sia su singoli che in gruppo.
3. L'intervento riabilitativo si attua nelle UONPIA e negli Istituti di Riabilitazione (IDR), dedicati all'età evolutiva.
4. L'équipe riabilitativa deve far parte di *una rete integrata* di Servizi di Riabilitazione e cura del bambino e dell'adolescente ed essere collegata con strutture nazionali e regionali (università, IRCCS, centri regionali di riferimento per patologia e società scientifiche) per l'aggiornamento permanente sulle modalità di raccolta ed analisi di dati epidemiologici, per partecipare alla elaborazione e stesura di protocolli di diagnosi e cura, di procedure terapeutiche e di criteri di verifica dei risultati.

5. Al personale sanitario ed educativo devono essere garantite una *formazione* adeguata ed un aggiornamento continuo degli strumenti e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.
6. La *famiglia, la scuola e le agenzie sociali* devono essere considerate parte integrante del progetto riabilitativo e devono poter disporre di sostegno psicologico, di indirizzi educativi e didattici e di tempi programmati di ascolto e di discussione.

Psicologia

Per raggiungere l'obiettivo centrale della trasformazione in corso – porre la persona al centro del sistema sanitario – occorre realizzare una azione che, partendo da una visione globale dell'individuo, possa essere particolarmente incisiva nell'aiutare ciascuna persona ad agire consapevolmente a difesa – o per il recupero – della propria dignità e salute.

Ambiti operativi

La Psicologia ha consolidato da tempo la sua azione – preventiva, terapeutica, riabilitativa e di promozione-tutela della salute – in gran parte degli ambiti socio-sanitari.

Allo scopo di ridelineare tale azione, spesso lasciata implicita, occorre distinguere tra:

- L'operatività connessa ai disagi ed ai disturbi mentali (psichiatria, neuropsichiatria, dipendenze ecc.)
- Gli interventi relativi alle problematiche psicologiche connesse con eventi organici patologici (speciali, gravi, acuti e cronici invalidanti o con prognosi infausta)

Entrambi gli ambiti operativi prevedono attività *dirette*, alla persona e al suo contesto relazionale naturale (primariamente alla famiglia), sia in fase di ricovero, sia come attività ambulatoriale.

Parallelamente altre azioni – *indirette* – riguardano il “contesto di cura”:

- Supporto psicologico agli operatori che operano in aree particolarmente critiche
- Formazione e aggiornamento per gli operatori socio-sanitari alla relazione psicologica con il paziente e, più in generale, formazione alla comunicazione interpersonale del personale che opera a contatto con il pubblico
- Umanizzazione e personalizzazione delle varie articolazioni del sistema sanitario e, più in generale, rilevazione della soddisfazione e miglioramento della qualità

Inoltre, per quanto riguarda l'attività in ospedale, va evidenziato che il contributo della Psicologia – in particolare nel coinvolgimento del paziente (e/o delle persone per lui significative) nelle decisioni che riguardano la sua salute – porta ad un miglioramento del processo di dimissione con conseguente contenimento della durata del ricovero e la stabilizzazione della collocazione nella rete – naturale e socio-sanitaria – extra-ospedaliera. Infatti, le dimissioni costruite curando i processi di comunicazione, consenso, adesione al trattamento ecc. conducono alla conservazione dei più elevati livelli di qualità della vita possibili e alla espressione di elevati livelli di soddisfazione. Come per altri aspetti dell'operatività qui descritti la funzione e il ruolo del medico di base vengono costantemente valorizzati.

L'insieme delle azioni fin qui illustrate viene attuato, ogniqualvolta è possibile e appropriato, con il coinvolgimento e la partecipazione diretta di espressioni del non profit.

Inoltre, per una consolidata tradizione scientifica propria dell'approccio psicologico e per una consuetudine di rapporto con l'università, le azioni intraprese sono accompagnate da un'attenzione costante alla ricerca e, in particolare, alla valutazione dei processi e degli esiti.

Va infine confermato il ruolo di rilievo della Psicologia negli ambiti di programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni socio-sanitarie.

4. Prevenzione, diagnosi e cura della patologia oncologica

La Lombardia è tra le regioni italiane in cui si riscontra un'elevata mortalità per tumori. Secondo i dati riportati nell'Atlante di Mortalità della Regione Lombardia (89/94) i tassi standardizzati di mortalità x 10.000 sono pari al 36,89 per i maschi e di 25,14 per le femmine verso un dato nazionale di 29,73 per i maschi e 21,87 per le femmine. La sopravvivenza è in aumento per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon. Permangono minimi o nulli i progressi per i tumori del polmone del fegato e del pancreas. Secondo le stime fornite dal registro tumori la prevalenza è in sensibile aumento si è infatti passati dal 2,761 x 100.000 del 1994 al 3,050 x 100.000 del 2000.

I due nuovi registri tumori previsti dal Piano Oncologico Regionale (POR): uno per la provincia di Sondrio, l'altro per la provincia di Mantova sono stati avviati e vanno ad aggiungersi a quelli della provincia di Varese, di una parte della provincia di Brescia e del Registro Regionale dei Mesoteliomi.

Lo screening relativo al tumore della mammella è stato attivato in tutte le ASL della regione. Le criticità evidenziate sono relative alla difficoltà di effettuare la valutazione del programma di screening e di controllare la presentazione spontanea. Sono invece otto le ASL che dichiarano di aver attivato il programma per l'effettuazione del PAP-test. Infine l'ASL di Pavia ha in corso la sperimentazione per quello relativo al colon-retto.

I 22 dipartimenti previsti dal POR sono stati costituiti. L'articolazione degli stessi è risultata molto eterogenea in ragione dell'azonamento di riferimento. A fronte di dipartimenti composti da quattro o cinque unità operative ve ne sono altri a valenza provinciale di oltre cento unità operative. Gran parte dei dipartimenti, a prescindere dal livello di estensione, si sono dati una organizzazione di tipo funzionale.

I ricoveri ospedalieri in degenza ordinaria hanno subito una riduzione (-5%) tra gli anni 98 e 2000, in particolare si sono ridotti i DRG di tipo medico mentre permangono sostanzialmente invariati quelli di tipo chirurgico.

I DH hanno subito una forte riduzione nel numero di casi (-13%) ma non del numero complessivo di accessi che rimane sostanzialmente immutato (-0,3%). All'interno del suddetto raggruppamento i casi di DH di chemioterapia (DRG 410) risultano aumentati del 8% e di oltre il 24% se si considera il numero di accessi.

74 - Aumentare la conoscenza

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
74.E1	Epidemiologia	Registro tumori	Potenziamento della rete di osservazione	+10% pop. osservata

E' necessario configurare un sistema informativo sulla patologia neoplastica basato sull'integrazione e collaborazione tra RT operanti in diverse aree e con diverse popolazioni. A tale organizzazione si può attribuire a buon diritto la definizione di Registro Tumori della Lombardia (RTL), la cui responsabilità è in capo alla Direzione Generale Sanità che partecipa in maniera diretta non solo con azioni di coordinamento ma anche con attività specifiche.

75 - Ridurre l'incidenza

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
75.P1	Prevenzione	Educazione ed informazione sanitaria	Attivazione di progetti specifici	n. progetti attivati

Sono oggetto delle campagne di educazione ed informazione sanitaria gli interventi per conseguire una riduzione dell'incidenza dei tumori connessi all'alimentazione, la lotta al fumo di tabacco, la riduzione dell'inquinamento da traffico veicolare, delle acque potabili, da amianto, ecc. Inoltre risulta particolarmente importante l'attivazione di programmi educazionali della popolazione circa i sintomi precoci di malattia neoplastica.

76 - Aumentare la sopravvivenza

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
76.P2	Prevenzione	Screening	Aumento del reclutamento dei soggetti a rischio	+10% dei soggetti reclutati
76.AC1	Assistenza /Cura	Dipartimento	Aumento della tempestività della diagnosi	< 15 gg tra la diagnosi ed il primo contatto

La diagnosi precoce e la diagnosi tempestiva sono in oncologia obiettivi di fondamentale importanza in quanto possono fortemente condizionare il successo della terapia e la sopravvivenza del paziente.

Gli screening oggi attuabili sull'intero ambito regionale, come previsto dal piano oncologico regionale, sono quelli per la prevenzione dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto. L'azione prioritaria da perseguire è quella di potenziare le strategie di reclutamento della popolazione a rischio privilegiando la chiamata diretta, sollecitando la collaborazione dei medici di medicina generale e rafforzando l'informazione e l'educazione alla salute. Le azioni a sostegno riguardano la definizione dei requisiti di qualità dei centri di screening ed il rafforzamento dei flussi informativi. Per garantire assistenza tecnica ai programmi di screening mammografico, favorire l'uniformità e la coerenza con gli standard di riferimento e per curare l'incremento continuo della qualità del servizio erogato saranno impostati dei programmi regionali. Per eseguire il programma di assicurazione della qualità dello screening saranno individuate quelle strutture che operano in condizioni di eccellenza in una o più delle discipline che intervengono nei programmi di screening mammografico e che abbiano una consolidata esperienza in programmi di prevenzione secondaria in oncologia.

Dipartimenti oncologici

In coerenza con quanto previsto dal Piano Oncologico, il dipartimento oncologico ha la finalità di offrire al paziente, più vicino possibile al suo domicilio, un piano diagnostico e di assistenza completo, scientificamente corretto, in linea con i moderni orientamenti della branca. Alla base della istituzione del dipartimento oncologico vi sono i principi della integrazione e della interdisciplinarietà orientata al paziente, posto al centro del progetto assistenziale. Le scelte

aziendali dovranno orientarsi a rendere il dipartimento il più autonomo possibile in termini decisionali ed economici ed essere volte ad integrare gli aspetti clinico-assistenziali fra strutture e realtà territoriali.

L'azione prioritaria da perseguire da parte dei dipartimenti oncologici è quella di ridurre il tempo che intercorre fra il primo contatto e la diagnosi nel paziente con sospetta patologia oncologica. Si ritiene ragionevole che i pazienti con sintomatologia di sospetta natura neoplastica possano accedere alla visita specialistica (compatibilmente con gli altri aspetti relativi alla presa in carico del paziente) possibilmente entro le due settimane dal primo contatto con i servizi ed avere la diagnosi definitiva e l'avvio del processo terapeutico (intervento chirurgico e/o chemioterapia e/o radioterapia) possibilmente non oltre un mese. Le azioni a sostegno riguardano la definizione dei percorsi clinico-assistenziali, l'efficace follow-up del paziente oncologico, la limitazione della ridondanza di servizi e tecnologie sofisticate e la sperimentazione di modelli organizzativi per l'integrazione tra ospedale e territorio.

Per quanto concerne la radioterapia, di cui si avverte la necessità di migliorare l'offerta in quanto una quota significativa di pazienti non riceve adeguati trattamenti, le azioni a sostegno riguarderanno: lo sviluppo di percorsi oncologici complessivi con l'impiego della radioterapia soprattutto all'esordio in neoadiuvante, la garanzia dei percorsi di trattamento con radioterapia nelle circostanze di emergenza, il completamento della dotazione e della organizzazione dei centri di radioterapia esistenti, il monitoraggio della strumentazione ad alta tecnologia e la previsione continuativa dell'impegno per il suo aggiornamento / sostituzione e l'adeguamento dell'offerta dei centri di radioterapia.

A sostegno del forte disagio psicologico ed estetico dei pazienti oncologici saranno individuate forme di rimborso per le spese sostenute per l'acquisto di protesi ed ausili (parrucca, calza elastica) a seguito di chemioterapia o di intervento chirurgico.

5. Le cure palliative, la terapia del dolore e gli interventi assistenziali nella fase finale della vita

La razionalizzazione dell'intervento sanitario nell'ultimo periodo di vita delle persone affette da una malattia inguaribile rappresenta uno tra gli obiettivi da raggiungere nel prossimo triennio. In Regione Lombardia oltre 27.000 persone muoiono ogni anno a causa di una malattia neoplastica e la maggior parte di esse necessita di un piano personalizzato di cura ed assistenza in grado di garantire la migliore qualità di vita residua possibile durante gli ultimi mesi di vita. Tale fase, definita comunemente «fase terminale», è caratterizzata da progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi fisici e psichici spesso di difficile trattamento, primo fra tutti il dolore, e da una sofferenza globale che coinvolge anche il nucleo familiare e quello amicale, mettendo in crisi la rete di relazioni sociali ed economiche del malato. La fase terminale non è caratteristica solo della malattia oncologica, ma anche dell'ultimo periodo di vita di persone affette da patologie croniche irreversibili ed invalidanti interessanti altri apparati e sistemi, quali quello respiratorio (ad es. insufficienza respiratoria refrattaria nei pazienti broncopneumopatici cronici), cardiocircolatorio (es. pazienti affetti da miocardiopatie dilatative), neurologico (ad es. malattie degenerative quali la sclerosi multipla), epatico (es. cirrosi). Anche alcune malattie infettive, in primo luogo l'AIDS, possono rendere necessario un intervento rivolto alla cura dei sintomi nelle fasi che precedono la morte del paziente, anche se le recenti innovazioni terapeutiche hanno notevolmente modificato il percorso clinico di questa tipologia di malati. Come recentemente indicato nell'Accordo del 19 aprile 1999 della Conferenza Unificata in relazione all'«Organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative» (G.U. n. 110 del 14 maggio 2001) non sono disponibili dati epidemiologici certi che possano identificare in modo preciso le necessità assistenziali di questo secondo macroaggregato di persone affette da malattie inguaribili: secondo stime effettuate a livello nazionale e riportate nell'Accordo del 19 Aprile i bisogni potrebbero interessare un numero di persone annualmente compreso fra il 50 ed il 100% rispetto a quello sopra riportato per la malattia neoplastica. In base a tale analisi il numero di persone in fase terminale da assistere annualmente in Regione Lombardia sarebbe perciò compreso fra 40.000 e 54.000.

77 - Creazione della rete per le cure palliative

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
77.AC1	Assistenza/cura	Percorso assistenziale	Integrazione ospedale territorio	n. persone assistite

La continua modifica dello stato soggettivo ed obiettivo della persona inguaribile nelle fasi avanzate di malattia, in genere nei tre mesi precedenti la morte, rende necessario nella maggior parte dei casi un progetto assistenziale integrato, multidisciplinare, multiprofessionale ed in équipe, in grado di offrire un intervento caratterizzato da continuità nelle 24 ore, preparazione professionale degli operatori coinvolti ed elevato standard di empatia/umanizzazione.

La necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati alle necessità del paziente, mutevoli anche in modo rapido ed imprevedibile, rende necessario programmare un sistema di rete che renda possibile l'integrazione di differenti modelli e livelli di intervento e dei differenti soggetti coinvolti.

La rete deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la famiglia, ove presente, possano essere guidati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata ed in genere preferita dal paziente e dal nucleo familiare nel 70-80% dei casi, e le strutture di degenza specificamente dedicate al ricovero di pazienti in fase avanzata e terminale di una malattia terminale, non assistibili presso la propria casa, per cause sanitarie o socio-economiche (20-30% dei casi).

La rete sanitaria dovrà essere strettamente integrata con quella socio assistenziale al fine di offrire un approccio completo alle esigenze della persona malata, alla quale dovrà essere fornito un adeguato supporto religioso.

Particolarmente stimolata e favorita dovrà essere l'integrazione nella rete delle numerose organizzazioni non profit, in particolare di quelle di volontariato, attive da anni nella realtà regionale nel settore delle cure palliative e della terapia del dolore.

Le modalità di intervento saranno ispirate agli standard delle «cure palliative», intendendo con tale termine, secondo quanto indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità', «l'insieme degli interventi terapeutici ed assistenziali finalizzati alla cura attiva, totale, dei malati la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici. Fondamentale (in detti interventi) è il controllo del dolore e degli altri sintomi, e più in generale dei problemi psicologici, sociali e spirituali».

78 - Attivazione delle UOCP

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
78.AP1	Assistenza/progr ammazione	Unità operative di cure palliative	Coordinamento rete	Almeno 1 UOCP per 500.000 abitanti

Per la parte realizzativa il piano sanitario si ispira a quanto contenuto nella normativa nazionale in materia di interventi nelle fasi finali di vita, sia in quella specificamente riferentesi alle cure palliative (L. 39 del 26 febbraio 1999; DM San. del 29 settembre 1999; DPCM del 20 gennaio 2000; Accordo della Conferenza Unificata del 19 Aprile 2001), sia in quella più generale (P.S.N. 1998-2000: tutela dei soggetti deboli; P.O. AIDS di cui al DPR dell'8 marzo 2000; Provvedimento della Conferenza Permanente Stato Regioni del Marzo 2001, Accordo Collettivo Nazionale per i medici di medicina generale DPR n. 270/2000).

Le indicazioni programmatiche regionali in tema di cure palliative sono già state delineate nella DGR n. VI/39990 del 30 novembre 1998 «Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative». Esse sono state successivamente integrate dalla DGR n.VII/1884 del 31 ottobre 2000, relativa agli «Adempimenti conseguenti all'attuazione del «Programma nazionale per la realizzazione di strutture di cure palliative da proporre al Ministero della Sanità ai sensi del Decreto Ministeriale del 28 settembre 1999». Quest'ultima DGR contiene il «Programma per la realizzazione dei centri residenziali di cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali di cui alla legge n.39/99».

Secondo le indicazioni del «Programma» contenuto nella DGR 1884/2000, la rete regionale per le cure palliative dovrà essere finalizzata all'integrazione degli interventi professionali e solidaristici offerti negli ambiti assistenziali domiciliari, ospedalieri e residenziali ed alla implementazione di una loro adeguata offerta su tutto il territorio regionale. In stretta integrazione con l'opera del medico di medicina generale e con l'attività distrettuale il coordinamento sarà affidato alle Unità Operative di Cure Palliative (UOCP), almeno una ogni 500.000 abitanti, in modo tale da poter garantire al paziente la continuità di percorso attraverso i differenti livelli assistenziali possibili, secondo principi di congruità, adeguatezza e qualità.

A seconda delle esigenze della persona malata, gli interventi al domicilio dovranno essere garantiti in modo continuativo secondo due modalità tra loro integrate: l'«Assistenza domiciliare Integrata», caratterizzata dal coinvolgimento del medico di medicina generale in un progetto assistenziale e del GCP (gruppo di cure primarie) ad elevata intensità di cura, oppure il «passaggio in cura globale (PIC) alle équipe delle UOCP», su delega da parte del MMG, che comunque è chiamato a partecipare alle attività dell'équipe assistenziale secondo modalità che garantiscano corretti rapporti deontologici e trasparenti attribuzioni delle responsabilità professionali. Fermo restando la libertà di scelta del cittadino, il PIC è comunque da considerarsi una modalità di intervento del tutto eccezionale e da riservarsi a quelle situazioni che ne garantiscano un sicuro profilo di appropriatezza. La modalità di intervento ordinaria è da riferirsi all'ADI, avuto riguardo alla necessità di allocarvi adeguate risorse anche con l'effettiva attivazione dei GCP. Nel caso dell'ADI il medico di medicina generale potrà avvalersi in modo prioritario della consulenza dei medici e del personale della UOCP ospedaliera di riferimento.

Qualora, sin dall'inizio o nel corso del percorso assistenziale non fosse attuabile un programma di intervento domiciliare e, qualora le problematiche fossero prevalentemente di tipo sanitario, il malato dovrà essere ricoverato prioritariamente presso le strutture di degenza delle Unità Operative di cure palliative (comunemente definite in altre regioni «hospice ospedalieri»), limitando al minimo il ricorso al ricovero presso altre unità di degenza. Qualora le necessità prevalenti fossero di tipo socio assistenziale, alle persone malate deve poter essere garantito il soggiorno, anche temporaneo, presso strutture assistenziali residenziali, non sanitarie, autorizzate ed accreditate all'assistenza dei malati terminali (cd. «hospice residenziali»).

Ai pazienti deve poter essere garantito anche l'accesso alle UOCP anche in regime ambulatoriale e secondo la modalità della ospedalizzazione diurna.

Secondo quanto indicato dalla DCR n.VI/1294 del 29 luglio 1999 «Piano Oncologico triennale 1999-2001 e istituzione dei dipartimenti oncologici nella Regione Lombardia» le UO di cure palliative potranno entrare a far parte dei Dipartimenti Oncologici, tenendo in considerazione che l'attività di cure palliative non dovrà essere rivolta in modo esclusivo alle persone affette da patologia tumorale, secondo quanto indicato in premessa.

Obiettivi prioritari del Piano sanitario per l'intervento rivolto alle persone nelle fasi finali di vita sono:

1. Implementazione della rete delle cure palliative con particolare riferimento agli interventi domiciliari, sia di base che specialistici, ed alla creazione delle UOCP con strutture di degenza proporzionate alle esigenze
2. Coinvolgimento del medico di medicina generale nei processi assistenziali

3. Predisposizione di un livello efficiente di interventi di controllo del dolore e degli altri sintomi, integrando gli interventi nelle attività relative al Progetto regionale per l'ospedale senza dolore
4. Integrazione della rete sanitaria con quella socio-assistenziale
5. Formazione del personale operativo nella rete
6. Informazione della popolazione sui livelli assistenziali offerti
7. Coinvolgimento delle organizzazioni non profit, in particolare delle organizzazioni di volontariato da anni operative a livello regionale nel settore delle cure palliative.

79 – Ospedale senza dolore

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
79.AP1	Assistenza/programmazione	Comitati ospedalieri	Sensibilizzazione al problema del dolore in ospedale	n. comitati ospedalieri attivati

Nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni raggiunto nella seduta del 24 maggio 2001 e pubblicato in G.U. n.149 del 29 giugno 2001 sono contenute le «linee guida per la realizzazione dell'«ospedale senza dolore».

Nell'ambito di una strategia di miglioramento del processo assistenziale specificamente rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine, verrà data attuazione ad un Progetto regionale per la realizzazione di «comitati per l'ospedale senza dolore» presso le strutture sanitarie regionali.

Secondo procedure di indirizzo da emanarsi successivamente, attraverso la costituzione dei suddetti «comitati», potranno essere raggiunte le seguenti finalità indicate nell'Accordo del 24 maggio:

1. Assicurare un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie ed in particolare in quelle ospedaliere;
2. Coordinare l'azione delle differenti équipes e la formazione continua del personale medico e non medico coinvolti nella rilevazione e nel controllo del dolore, nei suoi differenti aspetti;
3. Promuovere interventi idonei ad assicurare nelle strutture sanitarie la disponibilità dei farmaci analgesici, in particolare degli oppioidi, in coerenza con le indicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, assicurando anche una valutazione periodica del loro consumo;
4. Promuovere protocolli di trattamento dei diversi tipi di dolore;

Il comitato dovrà inoltre:

1. Promuovere l'educazione continua del personale coinvolto nel processo assistenziale sui principi di trattamento del dolore, sull'uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore;
2. Assicurare il monitoraggio dei livelli di applicazione delle linee guida del trattamento del dolore e la valutazione di efficacia;
3. Promuovere la elaborazione e la distribuzione di materiale informativo agli utenti, in relazione alla cura del dolore.

6. Prevenzione, diagnosi e cura della patologia cardio-cerebrovascolare

E' noto che a partire dalla metà degli anni '70 la mortalità per il complesso della patologia cardiovascolare si è ridotta nell'intero Paese, e ciò è avvenuto soprattutto nelle regioni del Nord che partivano da tassi di mortalità superiori. Questi andamenti sono stati determinati da importanti riduzioni per entrambe le due quote maggiori di patologia cardiovascolare: la mortalità coronarica e la mortalità per accidenti cerebro-vascolari. Seppure i decrementi si sono registrati per i tassi complessivi (considerando cioè tutte le età), sono stati soprattutto i tassi registrati tra gli adulti di età compresa tra 35 e 65 anni che hanno evidenziato i decrementi maggiori.

Nell'Area Brianza del Progetto MONICA, dal 1985 al 1998, i tassi di mortalità per coronaropatie nella fascia di età 35-64 anni si sono ridotti di circa il 60% e quelli per stroke del 70%, allo stesso modo nei due sessi.

L'analisi delle differenze di mortalità tra aree geografiche in Regione Lombardia evidenzia l'esistenza di cluster per le malattie ischemiche di cuore nel bresciano (cluster che si estende in alcune aree del cremasco) e nel mantovano per entrambi i sessi. Quando si considerano i tassi per la fascia di età 35-64 anni, il pattern sopra esposto muta drasticamente: i cluster più evidenti sono rappresentati da una parte dalle aree montane della Valtellina, del comasco, del lecchese e del bergamasco, e dall'altra da alcune aree del pavese. L'interpretazione di tali risultanze non è univoca. Con riferimento particolare ai secondi cluster (età 35-64 anni), si potrebbe ipotizzare nelle aree montane un ritardo di intervento nella prima fase acuta della malattia (che rappresenta anche la fase più letale).

Per gli stroke, i cluster di mortalità complessiva sono localizzati nel pavese e nel lodigiano.

Occorrenza ed Incidenza

Non sono disponibili dati di incidenza relativi all'intero territorio nazionale.

In Regione Lombardia esistono invece dati di incidenza che interessano l'Area Brianza del progetto MONICA e che riguardano, al momento, le sole coronaropatie. I dati più aggiornati sono riferiti al biennio 1997-1998 e sono riportati nel seguito.

Tassi di occorrenza (attack rate) di IM

(per 100,000)

età	1997		1998		Biennio	
	Uomini	donne	uomini	donne	uomini	donne
35_44	73,1	6,0	97,0	3,0	85,0	4,5
45_54	232,4	28,9	232,4	30,5	232,4	29,7
55_64	428,8	78,5	439,7	76,8	434,3	77,7
65_74	1018,8	311,4	882,1	354,9	950,4	333,2

Tassi di incidenza annuale di IM

(per 100,000)

età	1997		1998		Biennio	
	uomini	donne	uomini	donne	uomini	donne
35_44	64,1	6,0	85,0	3,0	74,6	4,5
45_54	204,6	24,1	201,3	27,3	203,0	25,7
55_64	340,6	71,7	315,3	63,2	327,9	67,4
65_74	711,8	230,8	658,7	298,3	685,3	264,6

E' stato recentemente proposto un metodo che in base ai dati disponibili di mortalità ISTAT e di dimissione ospedaliera (SDO) possa stimare il numero degli eventi coronarici maggiori tenuto conto di una serie circoscritta di assunti (durata convenzionale di evento di 28 giorni, data della insorgenza sintomi corrispondente alla data di ricovero o di decesso, letalità calcolata entro i 28 giorni di durata convenzionale) e controllando i seguenti fattori: sovrapposizione di ricoveri occorsi entro i 28 giorni, quota di trasferimenti da e per regioni diverse dalla Lombardia ed errore di stima attribuibile ai ricoveri occorsi all'inizio ed alla fine dell'anno in studio, disomogeneità di prevalenza delle diagnosi coronariche tra ASL come conseguenza della predisposizione locale ad usare predefiniti codici diagnostici. E' stata introdotta una formula di calcolo per la stima degli eventi validati secondo i criteri standardizzati MONICA, attribuendo pesi desunti dai valori predittivi positivi, tenuto conto della prevalenza dei codici diagnostici. La stima degli eventi coronarici maggiori per l'intera regione, nella fascia di età 35-74 anni è riassunta nella seguente tabella:

	Complessivi		Primi eventi	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
IM Non-fatali	6371	1917	4821	1446
IM Fatali	3997	1325	2623	950
Totali	10368	3242	7444	2396

I dati MONICA in Area Brianza indicano che la diminuzione della mortalità coronarica ISTAT è da ritenersi attendibile, e suggeriscono che tale decremento possa essere attribuito per i 2/3 alla concomitante diminuzione dell'occorrenza degli infarti miocardici e per 1/3 alla riduzione della letalità degli stessi IM. Qualora però si considerino i soli primi eventi (incidenza) e includendo le forme meno gravi di infarto miocardico, l'impatto della malattia non sembra si sia modificato in modo rilevante.

I trattamenti medici nella fase acuta sono migliorati e la efficacia è dimostrata da una riduzione della letalità, soprattutto nelle donne. La letalità extra-ospedaliera però, secondo i dati relativi agli anni 1994-95, rimane ancora elevata, soprattutto nelle classi socio-occupazionali di livello più basso (lavoratori manuali).

L'incidenza di Ictus Cerebrale (IC) in Europa è 2,2/1000 abitanti ed in Italia 2,5/1000. A livello nazionale si prevedono quindi 130.000 nuovi ictus all'anno in Italia di cui 19.000 in Lombardia. Il numero di ricoveri ospedalieri da fonte ministeriale conferma i dati epidemiologici.

Circa il 20% dei pazienti ricoverati decede nel primo mese. Dei sopravvissuti un po' meno della metà sarà dipendente da altri per alcuni aspetti della vita quotidiana come ad esempio la toilette personale, un quarto avrà gravi problemi di deambulazione, un quinto avrà problemi di comunicazione.

L'IC è quindi una malattia ad alta rilevanza sociale. Questa malattia modifica drammaticamente non solo la vita del paziente ma anche quella dei familiari (carers).

Il costo sanitario per i pazienti con IC è elevato. Si stima che il costo diretto globale sia di 100 milioni. La patologia incide sulla spesa sanitaria nazionale per 13 mila miliardi e per 1900 miliardi su quella della regione Lombardia. Il 10% di questo costo è dovuto alla fase acuta ed il 90% alle prestazioni e ai ricoveri sanitari successivi. I costi sono destinati ad aumentare progressivamente in quanto l'invecchiamento della popolazione farà aumentare il numero degli IC. Nel 2008 l'incidenza salirà al 3,0/1000.

Fattori di rischio

I fattori di rischio principali sono il fumo, l'ipertensione, la dislipidemia (colesterolo), l'obesità, sedentarietà e diabete. I diabetici, in particolare, sono ormai concordemente da trattare come gli ammalati con malattia clinicamente espressa.

Le tendenze temporali principali nella distribuzione dei fattori di rischio nella popolazione forniscono le seguenti indicazioni: la pressione arteriosa è più riconosciuta e trattata in entrambi i sessi; il fumo di sigaretta è in riduzione nei uomini ma non nelle donne; l'Indice di Massa Corporea ed il colesterolo totale serico sono in netto aumento (vi è quindi un eccessivo introito calorico complessivo, soprattutto per la progressiva introduzione nella alimentazione corrente di cibi estranei alla tradizionale dieta mediterranea).

Le differenze sociali nella prevalenza dei fattori di rischio e nel trattamento dell'evento acuto, seppur ridotti, continuano a permanere. I dati complessivi MONICA recentemente pubblicati suggeriscono l'esistenza di un tempo di latenza di almeno 4 anni tra riduzione dei fattori di rischio nella popolazione e riduzione dei tassi di attack rate degli infarti.

Azioni

La Regione, con decreto n. 5013 del 7 marzo 2001 del Direttore Generale Sanità, ha istituito un gruppo di lavoro, finalizzato all'elaborazione delle linee in tema di prevenzione delle patologie cardio cerebro vascolari che, tra le numerose proposte ha evidenziato le seguenti iniziative:

- promozione di una campagna di comunicazione alla popolazione in generale;
- promozione di una campagna di educazione alla salute nelle scuole;
- identificazione dei soggetti ad alto rischio con definizione del ruolo del Medico di Medicina Generale per l'utilizzo della carta del rischio sulla popolazione bersaglio, il counseling educativo, la gestione dei soggetti ad alto rischio;
- gestione del paziente con patologia manifesta;
- valutazione appropriatezza degli interventi;
- interventi di formazione per operatori sanitari;
- valutazione epidemiologica.

Accanto a queste iniziative il gruppo di lavoro dovrà prevedere azioni che portino alla identificazione di un percorso assistenziale che colleghi l'ospedale al territorio nell'ambito dell'assistenza integrata per la prevenzione e la cura dello scompenso cardiaco attraverso un progetto specifico, così come dovrà prevedere azioni per la costituzione di una rete interospedaliera per la gestione delle sindromi coronariche acute.

Tutte le azioni previste sono tese allo sviluppo di un piano che assicuri l'avvio di azioni di prevenzione primaria e secondaria delle patologie cardio e cerebro vascolari, l'individuazione, la raccolta e lo studio di un set di indicatori sull'andamento della patologia cardiovascolare e cerebrovascolare e dei suoi fattori di rischio, l'implementazione di un monitoraggio dell'appropriatezza degli interventi, l'avvio di campagne informative e di formazione rivolte ai cittadini ed agli operatori sul tema della prevenzione della patologia cardio cerebro vascolare, il proseguimento e l'estensione del progetto riguardante l'emergenza cardiologica.

In particolare la Regione, nel primo anno di vigenza del Piano, intende perseguire:

80 - Aumento della consapevolezza dei cittadini sui fattori di rischio cardio-cerebro-vascolari

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatore
80.P1	Prevenzione	GdL cardio cerebro vascolare	Campagna di informazione e formazione per i cittadini e gli operatori;	N. cittadini coinvolti
80.P2	Prevenzione	GdL cardio cerebro vascolare MMG	Somministrazione della carta del rischio alla popolazione lombarda individuata come target	N. soggetti a cui è stata somministrata la carta del rischio cardio-vascolare/ soggetti target

81 - Aumento della tempestività di intervento nell'emergenza cardiologica extraospedaliera

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatore
81.AC1	Assistenza/ Cura	GdL cardio cerebro vascolare	Completare la dotazione, nelle aree di Milano, Monza, Brescia, Como e Varese, di defibrillatori semiautomatici le autoambulanze di tipo BLS con e senza personale infermieristico.	N. di defibrillatori installati e N. di persone formate

Si dà mandato alla Giunta regionale di emanare linee guida sull'impiego dei defibrillatori, così da estendere in tutta la Lombardia l'attivazione dei progetti di defibrillazione precoce extraospedaliera.

Così pure la Commissione regionale sull'E-U dovrà redigere dei protocolli a valenza regionale che possano uniformare e/o coordinare le iniziative sorte spontaneamente per quanto riguarda la gestione delle sindromi coronariche acute.

La Regione si propone di approfondire lo studio dedicato allo scompenso cardiaco, alla luce della necessaria integrazione tra cardiologia, medicina ospedaliera, medicina del territorio per curare efficacemente tale patologia.

Stroke Units

Le Stroke Units (strutture dedicate alla cura del paziente con IC acuto) riducono la mortalità e la disabilità del 20%. Tutti i pazienti affetti da IC acuto devono essere ricoverati in Stroke Units. Le Stroke Units dispongono di letti dedicati alla cura dei pazienti con IC e di personale con competenze multidisciplinari (neurologia, cardiologia, fisioterapia) e multiprofessionali (infermieri, fisioterapisti, medici) oltre ad avere garantito l'accesso alle principali indagini diagnostiche (TAC, ecocardiogramma, Doppler) e alle cure semintensive inclusive della riabilitazione precoce.

82 – Completamento delle rete delle Stroke Units

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatore
82.AC1	Assistenza/ Cura	GdL cardio cerebro vascolare	Stimolare il completamento della rete delle Stroke Units Lombarde (nove attualmente censite)	N. di casi trattati in letti generici / N. di casi trattati in letti di Stroke Units

83 - Gestione della fase post-acuta

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatore
83.AC1	Assistenza/ Cura	GdL cardio cerebro vascolare	Partecipazione alla costituzione della rete ospedale, territorio, servizi sanitario assistenziali per la riabilitazione ed il re inserimento	N. di accordi di programma / anno Relazioni di monitoraggio

84 - Monitoraggio delle azioni programmate

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatore
84.E1	Epidemiologia	Osservatorio epidemiologico	Rilevazione delle informazioni, monitoraggio e valutazione delle attività e dell'appropriatezza, identificazione di indicatori	Relazione annuale sull'andamento della patologia e dei fattori di rischio

7. La lotta alle malattie renali

I pazienti con malattie renali e con insufficienza renale cronica che presentano maggiore età anagrafica e frequenza di comorbidità - con conseguente elevato carico assistenziale per i familiari e per il servizio sanitario - sono in continuo aumento ed esprimono un crescente bisogno di salute.

La tipologia del servizio da assicurare prevede *strutture ad elevata assistenza ed a media assistenza*:

- strutture complesse di Nefrologia, Dialisi e Trapianto e di Nefrologia e Dialisi (Unità Operative), con Centri Dialisi Ospedalieri;
- Centri Dialisi ad assistenza decentrata o turni dialisi ad assistenza medico-infermieristica presso Centri Dialisi ad assistenza limitata;
- Centri Dialisi ad assistenza limitata.

La terapia dell'uremia con emodialisi extracorporea e con dialisi peritoneale, oltre che presso i Centri Dialisi, può essere erogata al domicilio del paziente o presso Aree della Residenzialità Protetta, con intervento coordinato con l'UO di riferimento.

Una particolare attenzione va posta per soddisfare le necessità assistenziali dei pazienti con insufficienza renale acuta, dei pazienti con squilibri idro-elettrolitici acuti e/o con edemi refrattari alla terapia medica, dei pazienti con insufficienza multiorgano e con insufficienza cardiaca refrattaria, dei pazienti uremici cronici ad alto rischio e con complicanze, e prevedere aree di terapia sub intensiva.

Per quanto riguarda la funzione trapianto, la diversa possibilità di approccio al problema crea sostanzialmente due tipologie di intervento:

- a) l'attività di trapianto è affrontata in sede in tutte le sue fasi, attività chirurgica compresa,
- b) l'attività di trapianto riguarda l'assistenza ai pazienti nel *follow-up* ed il trattamento delle complicanze, l'attività di studio del paziente uremico e la sua selezione per l'inserimento nelle liste di attesa, il reclutamento e la selezione del donatore (vivente e cadavere).

Nell'intento di utilizzare al meglio l'adattabilità d'intervento del servizio sanitario privato va previsto, un concorso nella realizzazione e fornitura dei servizi da parte del Servizio sanitario privato accreditato.

85 - Riorganizzare le strutture nefrologiche

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatore
85.AC1	Assistenza/ Cura	P.O.A. e P.S.T.	Riorganizzazione delle strutture nefrologiche e dialitiche con integrazione pubblico privato e ospedale territorio	Esistenza di una rete integrata

Analisi dell'assistenza sanitaria erogata e bisogno di salute

Le strutture pubbliche operanti sono 41; di queste 15 sono Divisioni, 22 i Servizi di Nefrologia e Dialisi, 4 i Servizi di Emodialisi aggregati ad UO di Medicina Generale, oltre a 70 Centri Dialisi ad assistenza limitata. Le strutture private sono 4: di queste 1 Servizio di Emodialisi aggregato all'UO di Medicina Generale, 1 Servizio di Nefrologia e Dialisi, 2 Servizi di Emodialisi.

La dimensione degli interventi realizzati per il paziente uremico cronico, è ben supportata dai dati del Registro regionale di Dialisi e Trapianto, aggiornati al 31 dicembre 2000: 6034 pazienti sono in trattamento dialitico, 2100 sono portatori di trapianto renale (205 nuovi trapiantati nel 2000), ma andrebbe integrata da informazioni concernenti la fase pre-uremica della malattia.

Il 52,3% dei pazienti uremici in dialisi sono trattati presso i Centri Dialisi ospedalieri, il 29,1% presso i Centri Dialisi ad assistenza limitata, il 17,7% in dialisi domiciliare (per il 92% con dialisi peritoneale). Tali valori, pur disomogenei da territorio a territorio, documentano una diffusa collocazione dei pazienti in livelli di assistenza differenziati.

Nel 2000 l'incidenza di nuovi pazienti uremici è stata di 153 pazienti per milione di abitanti (147 nel 1998), la prevalenza di 661 pazienti per milione di abitanti (642 nel 1998), di 891 pazienti per milione di abitanti, considerando pazienti in dialisi e trapiantati.

Le uscite dal programma di dialisi per mortalità e per trapianto non bilanciano i nuovi ingressi; questo fatto ha comportato in questa ultima decade un aumento annuo del numero di pazienti da inserire in un programma di dialisi.

Negli ultimi anni, si conferma una crescente frequenza di malattie vascolari (18%) e di nefropatia diabetica (17,2%) quali cause di uremia, al secondo e terzo posto dopo le glomerulonefriti primitive (19,5%). Persistentemente elevata la frequenza di malattie renali non diagnosticate (14,6%), in buona parte espressione di un tardivo ricorso del paziente allo specialista nefrologo.

Obiettivi di salute perseguibili

L'evoluzione delle conoscenze e le più recenti acquisizioni mediche ci consentono di delineare, quale obiettivo di salute perseguibile nel periodo di vigenza del piano, una più efficace diagnosi precoce delle malattie renali primitive e secondarie.

In particolare si prevede:

- una diffusa attività di sensibilizzazione e informazione della popolazione e dei medici di medicina generale che permetta l'invio tempestivo al consulto nefrologico dei pazienti con presunta patologia renale e/o con reperti patologici delle urine;
- interventi di prevenzione sulla nefrotossicità dei farmaci;
- rafforzare le funzioni del Registro Lombardo di Dialisi e Trapianto.
- incentivare la deospedalizzazione (centri ad assistenza limitata, dialisi peritoneale ed emodialisi al domicilio).

86 - Sperimentazione trattamenti dialitici extraospedalieri

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatore
86.AC1	Assistenza/ Cura	Sperimentazione gestionale	Sperimentazioni di trattamenti dialitici esterni all'ospedale con assistenza nefrologica anche attraverso i sistemi di telemedicina (domicilio, RSA, strutture a bassa complessità assistenziale)	n. casi complessi assistiti nel territorio

8. Il trattamento dei pazienti neurochirurgici in regime di urgenza

L'assistenza al paziente neurotraumatologico è un aspetto critico che la Regione Lombardia si trova ad affrontare, in particolare per risolvere le difficoltà che si vengono a creare al trasferimento del paziente in ambiente specialistico. Da questa difficoltà è invalsa la tendenza per alcuni centri non specialistici di trattenere presso la propria struttura pazienti che potenzialmente potrebbero evolvere e che potrebbero necessitare d'intervento neurochirurgico e di monitoraggi specialistici.

Esiste indubbiamente una disparità delle modalità di accettazione dei pazienti da parte della Neurochirurgia lombarda, tenuto conto delle risorse, estremamente differenti tra le strutture. Le principali criticità in tale ambito sono:

- scarsa identificazione e trattamento degli insulti secondari, ipotensione ed ipossia, sul territorio;
- lunghi tempi di esecuzione della prima TAC encefalo dopo l'arrivo in PS;
- attivazione di un sistema di teletrasmissione immagini verso una struttura con Neurochirurgia limitato a pochi centri;
- lunghi tempi di trasferimento;

- necessità di “scambio” di pazienti, cioè di trasferire nel proprio ospedale un paziente dall’Ospedale con Neurochirurgia;
- scarsi monitoraggi orientati al neurotraumatizzato in ambiente non specialistico.

87 - Miglioramento del trattamento del paziente neurotraumatologico

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
87.API	Assistenza/programmazione	Progetto specifico	Creazione rete per trattamento pazienti neurotraumatologici	N. strutture dedicate all’assistenza dei pz neurotraumatologici

E’ dimostrato da anni come un sistema d’emergenza efficiente ed organizzato può migliorare gli esiti dei pazienti. La letteratura statunitense ha dimostrato che gli esiti a distanza dei traumatizzati sono migliori in un sistema organizzato. Oltre al sistema di emergenza, risulta evidente che il team che gestisce il paziente deve avere un’adeguata preparazione ed esperienza nel trattare questi pazienti. Le stesse Linee Guida sul trauma cranico pubblicate dalla Società Italiana di Neurochirurgia e da quella di Anestesia e Rianimazione sottolineano l’importanza della “centralizzazione” di alcune attività, in modo che il traumatizzato cranico grave sia ricoverato preferibilmente in un centro specialistico, in grado di proseguire, nella sua completezza, la sorveglianza ed il trattamento al più alto livello qualitativo.

Molte delle morti evitabili dipendono ancora da una non ottimale organizzazione ed efficienza all’interno delle strutture ospedaliere. Un soccorso adeguato deve poter contare su strutture di ricezione ospedaliera che abbiano realmente e continuamente le caratteristiche essenziali del “trauma center”. La qualità operativa di questi centri è anche assicurata da un volume di attività in grado di mantenere le procedure efficienti 24 ore su 24. La situazione attuale del Sistema di Emergenza Sanitaria non permette sempre tempestivamente questo flusso verso i Centri Traumatologici con specialità Neurochirurgica, con il risultato è che una parte di pazienti vengono ricoverati in strutture senza Neurochirurgia.

Per ottenere migliori risultati si deve prevedere uno specifico progetto che si basi su tali determinazioni:

1. Attivare un’assistenza competente sul luogo del trauma, in modo da minimizzare i danni iniziali ed inquadrare correttamente il paziente;
2. Prevedere strutture ospedaliere di destinazione equipaggiate e qualificate a trattare questi pazienti:
 - il paziente in coma;
 - il paziente con deterioramento neurologico (perdita di 2 punti di Glasgow, anche non in coma);
 - il paziente in cui compaiono anomalie del calibro (anisocoria) e della reattività pupillare (areattività);
 - il paziente con trauma cranico “aperto” (sfondamento);
 - il paziente con emorragia subaracnoidea da rottura di aneurisma cerebrale.

Tali strutture devono avere a disposizione la Neurochirurgia, la Neuroradiologia e Radiodiagnostica convenzionale, la Terapia Intensiva Neurochirurgica e la sala operatoria disponibile.

A questa regola di centralizzazione territoriale possono far eccezione:

1. Pazienti che nonostante gli interventi di rianimazione primaria non siano stabilizzati (presenza di ipotensione arteriosa o ipossia). Questo paziente deve essere ospedalizzato nell’ospedale più vicino che disponga di una Chirurgia Generale attiva sulle 24 ore, di unità di Terapia Intensiva e di Radiologia con diagnostica radiologica tradizionale ed ecografica. E’ sconsigliata l’esecuzione di esami specifici per la diagnosi neurochirurgica prima del conseguimento della stabilità clinica. L’Ospedale neurochirurgico di riferimento verrà comunque informato dovendo accogliere secondariamente il paziente stabilizzato per un esame TAC ed un bilancio specialistico delle lesioni endocraniche.
2. Situazioni nelle quali le distanze non siano accettabili o la Neurochirurgia di riferimento non sia disponibile. Queste situazioni territoriali andranno preventivamente definite in fase di revisione della rete ospedaliera per l’emergenza-urgenza anche sviluppando sistemi di trasmissione a distanza di immagini ed informazioni cliniche.

Il progetto pertanto dovrebbe svilupparsi secondo i seguenti aspetti:

- essere disegnata a livello regionale una distribuzione territoriale delle competenze delle diverse neurochirurgie per l’urgenza. Queste dovrebbero tener conto delle caratteristiche delle strutture ospedaliere rapportate alla popolazione di riferimento e potrebbero indicare la necessità di potenziamenti (soprattutto relativamente ai letti di Terapia Intensiva Neurochirurgica) di alcune strutture esistenti;
- essere verificata da parte della Regione l’effettiva disponibilità di tali servizi 24 su 24 nelle strutture con Neurochirurgia;
- essere sollecitata da parte delle aziende ospedaliere la progettazione di percorsi intraospedalieri per i traumatizzati in modo da poter rispondere con efficacia alle richieste evitando il conflitto, al momento presente, tra attività elettiva e attività urgente. Questo possibile conflitto porta talvolta a generare l’indisponibilità di strutture che tendono a preservare l’attività routinaria elettiva.

Si tratta quindi di affrontare una tematica particolarmente delicata la cui organizzazione incide pesantemente sulle aspettative di vita dei pazienti, anche in termini di esiti al trauma e che una realtà come quella lombarda deve risolvere in maniera organica.

9. Prevenzione e tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro

Nel complesso gli obiettivi e le relative azioni fanno riferimento a quelli indicati nel PSN 1998-2000 e prospettati nella ipotesi di PSN 2001-2003, con le necessarie integrazioni e specificità legate alla situazione lombarda.

Qui di seguito si evidenziano gli obiettivi più rilevanti e le relative azioni.

88 - Prevenzione delle malattie infettive e sessualmente trasmissibili

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
88.P1	Prevenzione	Piano triennale per la profilassi vaccinale per le vaccinazioni dell'infanzia	Vaccinazione in ogni ASL almeno il 95% della pop. di età inferiore a 24 mesi attraverso offerta attiva con implementazione delle azioni di informazione ed educazione sanitaria anche in previsione di una eventuale abolizione della obbligatorietà, con il coinvolgimento dei PLS	N. soggetti vaccinati / N. soggetti vaccinabili nella stessa coorte Spesa vaccinale N. dosi eliminate/N. dosi vaccino acquistato N. esenzioni alla vaccinazione N. inadempienti Monitoraggio eventi avversi
88.P2	Prevenzione	Programma annuale per la promozione della vaccinazione antipneumococco	Raggiungere in ogni ASL almeno il 65% dei soggetti a rischio per malattia da pneumococco	N. dosi di pneumococco utilizzate Computo del numero di persone a rischio per ASL
88.P3	Prevenzione	Programma annuale per la vaccinazione antinfluenzale	Raggiungere il 75% della popolazione al di sopra dei 64 anni tramite offerta attiva con coinvolgimento dei MMG	N. dosi somministrate N. ricoveri per patologie polmonari e cardiocircolatorie in soggetti > 64 anni
88.P4	Prevenzione	Programma di vaccinazione per immigrati extra comunitari	Offerta attiva con campagne di informazione e sensibilizzazione anche in collaborazione con Comuni e Prefetture	Censimento immigrazione N. cicli vaccinali eseguiti
88.P5	Prevenzione	Piano di eradicazione del virus della Poliomielite	Mantenere gli attuali livelli di copertura vaccinale, organizzazione della sorveglianza della PFA non polio	Copertura anti poliomielite Notifica di almeno 1 caso di PFA su 100.000 soggetti sotto i 15 anni
88.P6	Prevenzione	Programma di organizzazione della sorveglianza delle malattie infettive	Definizione delle procedure standard per la qualità del dato all'interno della rete di sorveglianza	Certificazione di qualità
88.P7	Prevenzione	Programma di prevenzione delle malattie trasmesse con i comportamenti sessuali	Attivazione di una specifica rete di sorveglianza delle Malattie a Trasmissione Sessuale	Realizzazione dei Centri per le MTS presso ogni ASL Realizzazione software gestionale dei Centri
88.P8	Prevenzione	Piano strategico mirato per il controllo dell'infezione tubercolare	Strategie di riduzione dell'infezione tubercolare mediante il controllo delle microepidemie e la terapia preventiva di specifici gruppi o individui.	Realizzazione della rete di controllo Notifica della malattia tubercolare Monitoraggio delle multiresistenze
88.P9	Prevenzione	Programma triennale per il controllo delle principali patologie di importazione	Razionalizzazione della rete dei Centri di Profilassi Internazionale presso ogni ASL	N. accessi ai Centri Interventi preventivi sulla popolazione adulta immigrata

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
88.P10	Prevenzione	Programma di attuazione indicazioni Progetto Obiettivo AIDS 1998 - 2000	Verifica e monitoraggio del Programma di prevenzione triennale territoriali dell'infezione da HIV e MTS, elaborati dalle ASL Riordino del sistema di assistenza extra ospedaliero per i malati di AIDS e sindromi AIDS correlate Accreditamento delle strutture extra ospedaliere per i malati di AIDS	Realizzazione Piano triennale di lotta all'AIDS presso ogni ASL Spesa fondi assegnati per i Programmi di prevenzione territoriale di lotta all'AIDS N. strutture accreditate
88.P11	Prevenzione	Programma triennale di formazione in merito all'infezione da HIV ed alle MTS	Realizzazione programmi di formazione con specifica attenzione alla formazione a distanza	N. operatori coinvolti Uso strumenti multimediali
88.P12	Prevenzione	Programma di controllo delle infezioni ospedaliere	Potenziamento dei Comitati di controllo ospedalieri e realizzazione dei programmi di sorveglianza, anche attraverso la formazione di infermieri epidemiologi	Rilevazione dei tassi di infezioni ospedaliere per comparto e per rischio

Il controllo della Tuberculosis

Il programma di controllo deve assicurare:

1. un generale approccio alla tubercolosi con misure di rapida diagnosi e trattamento dei casi contagiosi e prevenzione delle morti evitabili;
2. strategie mirate alla riduzione dell'incidenza dell'infezione mediante controllo dei gruppi a rischio;
3. strategie di eliminazione della tubercolosi mirate a ridurre la prevalenza dell'infezione tubercolare mediante il controllo delle microepidemie e la terapia preventiva di specifici gruppi o individui.

Devono quindi essere impostate attività che consentano:

1. di garantire l'effettiva scoperta dei casi clinicamente sintomatici;
2. la ricerca attiva dei casi asintomatici in particolari gruppi a rischio;
3. il trattamento standard della malattia e dell'infezione;
4. il libero accesso alle strutture diagnostiche e preventive;
5. la sorveglianza del trattamento e la rilevanza del suo esito;
6. il monitoraggio delle multiresistenze farmacologiche.

Si conferma pertanto la necessità di mantenere il Centro di Riferimento Regionale per il controllo della Tuberculosis e di dare mandato alla Giunta Regionale di dare indicazioni per il suo corretto funzionamento.

Patologie infettive classiche ed emergenti

Per quanto riguarda le patologie infettive classiche, oltre la già ricordata tubercolosi, bisogna continuare uno stretto monitoraggio diagnostico e terapeutico sulle epatopatie virali e sulle patologie infettive di comunità che richiedono un impegno assistenziale specialistico rivolto alle persone che afferiscono alle strutture infettivologiche.

A queste si sono aggiunte negli ultimi anni patologie connesse ai viaggi ed alle migrazioni, che hanno riportato in auge patologie quasi scomparse, come ad esempio la malaria e febbri emorragiche ed, in ultimo, il problema del bioterrorismo. In tali occasioni, la tempestività della diagnosi e della terapia è essenziale per la prevenzione della mortalità specifica.

Per quanto riguarda il problema delle infezioni nosocomiali dell'ospite immunocompresso è importante implementare, anche attraverso specifici progetti obiettivo, sia le dotazioni strutturali e tecnologiche dedicate a tali scopi all'interno delle U.O. di Malattie Infettive che la presenza dello specialista consulente infettivologo nelle strutture accreditate dove sono presenti U.O. di emato-oncologia e trapianti.

Per lo stesso motivo, è altresì importante migliorare il funzionamento dei Comitati delle Infezioni Ospedaliere al fine di una gestione ottimale del problema delle infezioni nosocomiali e per ottenere specifiche valutazioni dell'output riferite alle complicanze post-infettive.

89 - Prevenzione degli infortuni da traffico autoveicolare e domestici

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
89.P1	Prevenzione	Linee guida regionali per la prevenzione degli infortuni da traffico autoveicolare	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definizione del sistema informativo ▪ Predisposizione di linee guida regionali ▪ Attivazione di iniziative diffuse di informazione ed educazione sanitaria in raccordo con altre istituzioni interessate 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ riduzione della mortalità da incidenti stradali ▪ riduzione della mortalità da incidenti stradali nella classe di età 15-24 anni ▪ riduzione di menomazioni gravi permanenti da incidenti stradali ▪ n. ASL che adottano linee guida
89.P2	Prevenzione	Linee guida regionali per la prevenzione degli infortuni domestici	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Predisposizione di linee guida regionali ▪ Attivazione di interventi di informazione ed educazione alla salute, in particolare fra le categorie più a rischio (bambini, casalinghe, anziani) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ n. Asl che utilizzano linee guida ▪ n. interventi attivati fra le categorie più a rischio ▪ riduzione degli infortuni domestici, successivamente alle azioni di prevenzione

90 - Radiazioni

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
90.P1	Prevenzione	Piano di monitoraggio della concentrazione di radon indoor nel territorio regionale, da realizzare da parte delle ASL in collaborazione con ARPA	Individuazione delle zone o dei luoghi di lavoro con caratteristiche determinate ad elevata probabilità di alte concentrazioni di radon (D. Lgs. 230/95 e successive modifiche e integrazioni)	% di territorio regionale sottoposta a mappatura
90.P2	Prevenzione	Circolare regionale n. 50/SAN/2000 e successive linee guida da emanare	Riduzione del rischio per la popolazione dovuto all'effettuazione di esami medici con l'impiego di radiazioni ionizzanti (D. Lgs. 187/2000)	N. di strutture sanitarie che hanno adottato le procedure indicate dalle linee guida regionali
90.P3	Prevenzione	Piano annuale di campionamento delle principali matrici alimentari	Mantenimento del programma di sorveglianza della radioattività negli alimenti, anche ai fini di possibili emergenze radiologiche	N. di campioni/anno prelevato dalle ASL
90.P4	Prevenzione	Linee guida regionali	Adeguamento della gestione dei rifiuti radioattivi derivanti da attività sanitarie alla nuova normativa di radioprotezione (d. Lgs. 230/95 e successive modifiche e integrazioni)	N. di strutture sanitarie che hanno adottato le procedure indicate dalle linee guida regionali
90.P5	Prevenzione	Campagne di informazione realizzate dalle ASL	Riduzione del rischio connesso all'esposizione alle radiazioni ultraviolette	N. di campagne informative realizzate dalle ASL
90.P6	Prevenzione	Linee guida regionali	Prevenzione della esposizione dei lavoratori ai campi elettromagnetici in ambiente sanitario	N. di strutture sanitarie che hanno adottato le procedure indicate dalle linee guida regionali

91 - Prevenzione e controllo fattori di rischio per malattie correlabili con alimenti

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
91.P1	Prevenzione	Piano Regionale di Sviluppo	Elaborazione di Linee Guida per realizzazione di un sistema di sorveglianza nutrizionale. Attuazione di programmi di educazione alimentare	Attuazione sistema e programmi realizzati

92 - Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
92.P1	Prevenzione	Progetto obiettivo regionale “Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro” DCR 8.4.98 n. 848 DGR 4.10.2000 n. 1439 PRS	Realizzazione dei 10 progetti strategici e speciali Indagine campionaria per la valutazione del rischio nelle imprese Prevenzione degli infortuni in edilizia Prevenzione degli infortuni mortali nell’area bresciana Prevenzione degli infortuni nell’agricoltura Prevenzione delle malattie professionali Prevenzione dei tumori professionali Prevenzione del rischio nel comparto sanità Prevenzione del rischio amianto Inquinamento da composti chimici e radioattivi nei materiali ferrosi Prevenzione nell’impiego di antiparassitari in agricoltura	Gli indicatori sono quelli previsti e dettagliati per ciascun progetto, nelle Linee guida approvate con DGR 4.10.2000 n. 1439
92.P2	Prevenzione	Progetto obiettivo regionale “Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro” DCR 8.4.98 n. 0848 DGR 4.10.2000 n. 1439 Piano Regionale di Sviluppo	Interventi sulle principali cause di morte (anche infortuni stradali) e nei comparti a maggior rischio (edilizia, agricoltura, trasporti), attraverso soprattutto una azione coordinata con tutti i soggetti pubblici e privati interessati Istituzione e attivazione del registro regionale degli infortuni mortali sul lavoro	Protocolli di azione congiunta con i soggetti interessati Reports annuali sui dati del registro regionale per la verifica dei risultati raggiunti
92.P3	Prevenzione	Progetto obiettivo regionale “Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro” DCR 8.4.98 n. 848 DGR 4.10.2000 n. 1439 PRS	Definire e implementare il sistema informativo della prevenzione, secondo il S.I.S.S., coinvolgendo tutti i soggetti pubblici e privati interessati	Redazione del progetto di fattibilità Indizione della gara Realizzazione delle prime applicazioni

93 – Identificazione e prevenzione dei rischi ambientali

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatore
93.E1	Epidemiologia	Osservatorio epidemiologico regionale	Valutazione dell’impatto sulla salute dei fattori di rischio di rilevanza ambientale e sociale	Reports di valutazione di rischio
93.P1	Prevenzione	Educazione ed informazione	Informazione ai media e comunicazione del rischio alla popolazione ed agli operatori	Numero di interventi, azioni e strumenti attivati
93.F1	Formazione	Individuazione degli obiettivi di rilevanza regionale	Corsi di formazione specialistica per gli operatori	Definizione degli iter formativi ed attivazione dei corsi

10. La sicurezza alimentare

La sicurezza degli alimenti è il risultato di un corretto processo di produzione che inizia nei campi e nelle stalle e prosegue fino al momento del consumo.

Un alimento sicuro, inteso come un alimento che assunto secondo l’uso previsto non causa reazioni avverse alla salute, può essere ottenuto soltanto tenendo sotto controllo tutte le fasi di produzione (filiera), tenendo conto che i pericoli connessi con gli alimenti possono presentarsi proprio nei primi stadi della filiera.

Una politica che si proponga di perseguire la sicurezza alimentare deve pertanto prendere in considerazione l’intera filiera.

Nel settore degli alimenti di origine animale i rischi alimentari sono anche connessi alle condizioni di allevamento e di salute degli animali e alle modalità di trasformazione e di distribuzione delle derrate alimentari.

Tenuto conto della realtà produttiva della Lombardia gli interventi saranno attuati secondo gli indirizzi sotto specificati.

Controllo della produzione, della distribuzione e dell'uso dei prodotti destinati all'alimentazione animale e delle sostanze ad azione farmacologica e ormonale utilizzate negli allevamenti zootecnici

Considerati i rischi sanitari legati all'utilizzo, nelle pratiche zootecniche e agronomiche, di sostanze pericolose per la salute umana dovranno essere predisposti e attuati specifici piani di monitoraggio e controllo al fine di verificare:

- la rispondenza delle materie prime utilizzate per l'alimentazione animale ai requisiti di legge (assenza di farine proteiche di origine animale, di sostanze indesiderate quali aflatossine ecc.);
- le modalità di utilizzo per l'alimentazione animale di residui di lavorazione di prodotti animali o vegetali;
- le modalità di produzione, stoccaggio e distribuzione dei mangimi;
- le modalità di utilizzo del farmaco veterinario e rispetto dei tempi di sospensione;
- la prevenzione e la repressione dei trattamenti illeciti con sostanze anabolizzanti o altre sostanze vietate.

Coordinamento degli interventi di sorveglianza presso allevamenti, macelli, impianti di trasformazione dei rifiuti di origine animale e mangimifici mirati alla eradicazione della BSE

Sulla base delle attuali conoscenze la più probabile modalità di trasmissione della BSE risulta essere quella per via alimentare, è indispensabile pertanto stabilire interventi di sorveglianza sulle procedure di identificazione, trasporto, deposito e smaltimento dei materiali che rappresentano un possibile rischio di infezione per gli animali e per l'uomo.

Viene inoltre attuato il coordinamento del piano di sorveglianza mediante l'esecuzione di test rapidi per la diagnosi della BSE.

In ottemperanza a quanto disposto dal regolamento CE n. 999/2001 andrà predisposto un sistema per la raccolta di tutti i dati epidemiologici necessari al fine dell'analisi del rischio sanitario.

Inoltre saranno attuati interventi di formazione diretti a tutti gli operatori interessati (veterinari, allevatori, macellatori) al fine di incoraggiare la segnalazione dei casi sospetti di BSE.

Programmazione e attuazione di interventi finalizzati alla profilassi di alcune zoonosi per la prevenzione di infezioni e intossicazioni alimentari e tutela degli animali

- Deve essere attuato il piano "Misure per il controllo delle salmonellosi (*Salmonella typhimurium* e *Salmonella enteritidis*) negli allevamenti avicoli"; tale azione di sorveglianza e controllo delle salmonelle nei gruppi di riproduzione di pollame prevede:
 - l'attuazione di piani aziendali sistematici di controllo secondo modalità operative approvate dai Servizi Veterinari in applicazione del D.M. 339/2000;
 - l'adozione di misure sanitarie necessarie a prevenire l'infezione da salmonella negli allevamenti di polli da riproduzione, a controllarne la diffusione a limitare la contaminazione degli alimenti e conseguentemente ridurre il rischio per il consumatore.
- Verrà intensificato il monitoraggio della brucellosi bovina mediante l'attuazione di un sistema di monitoraggio che consenta di rilevare in tempi molto brevi l'insorgenza di nuovi focolai al fine di mantenere, ai sensi della normativa nazionale vigente, la qualifica di regione ufficialmente indenne da brucellosi bovina, anche al fine di creare le basi per la completa applicazione della normativa comunitaria in materia di scambi di animali.

Realizzazione di un sistema informatico collegato all'anagrafe dei bovini che garantisca la tracciabilità totale della carne bovina

Per migliorare la trasparenza delle condizioni di produzione e commercializzazione delle carni e conseguentemente rafforzare la fiducia del consumatore, anche in considerazione dei recenti focolai di BSE, si rende necessario progettare e gestire un sistema informatizzato di identificazione e registrazione dei bovini macellati provenienti da allevamenti lombardi. Tale sistema deve consentire, tramite l'etichettatura, di fornire al consumatore le informazioni relative all'allevamento di provenienza dell'animale e agli impianti in cui lo stesso è stato macellato e trasformato.

Applicazione dell'analisi del rischio relativo alla presenza nei prodotti alimentari di sostanze pericolose per la salute ai fini della programmazione dei controlli

Si intende definire il livello di rischio connesso con ciascuna industria alimentare sulla base delle linee produttive attivate, dei dati epidemiologici e di letteratura, delle informazioni e delle conoscenze disponibili sull'impresa.

Il livello di rischio così definito permette di razionalizzare gli interventi di controllo, indirizzando le risorse disponibili sui settori o sulle industrie alimentari che presentano un profilo di maggiore allarme per la salute dei consumatori.

Coordinamento, programmazione e verifica delle attività di monitoraggio e di controllo della produzione di alimenti di origine animale

Verranno predisposte linee di indirizzo ai Servizi Veterinari delle ASL per una uniforme programmazione e attuazione delle attività di controllo ufficiale dei prodotti alimentari.

Sulla base del rischio igienico-sanitario connesso con le diverse attività produttive verranno stabiliti i livelli minimi di intervento e le modalità di verifica e valutazione delle attività svolte.

In caso di riscontro di prodotti alimentari pericolosi per la salute pubblica verrà perfezionato il coordinamento regionale per la tempestiva esecuzione degli interventi a tutela della salute.

94 - Sicurezza alimentare

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatori
94.P1	prevenzione	Piani di monitoraggio e di controllo Linee guida sul controllo dell'uso del farmaco veterinario Adozione di metodi di autocontrollo	Applicazione di linee guida per la conduzione di ispezioni e campionamenti	Progressiva riduzione delle infrazioni riscontrate Numero di piani di autocontrollo verificati
94.P2	Prevenzione	Sistema di sorveglianza e piano di eradicazione della BSE Sviluppo dell'analisi del rischio Formazione degli operatori	Sorveglianza attiva negli allevamenti, esecuzione dei test, governo dei flussi dei rifiuti di origine animale	Aumento del numero di segnalazioni di casi sospetti
94.P3	Prevenzione	Piani di controllo e di eradicazione delle zoonosi	Attuazione delle linee guida	Riduzione della prevalenza delle infezioni negli allevamenti e raggiungimento della qualifica di regione ufficialmente indenne da brucellosi bovina
94.P4	Prevenzione	Sistema informatizzato di identificazione dei bovini	Migliorare la qualità dei dati	Tracciabilità degli animali e delle carni attraverso l'etichettatura
94.P5	Prevenzione	Linee guida con la definizione di criteri uniformi per l'analisi del rischio	attribuzione dei "punteggi" che rappresentano il rischio connesso con le industrie alimentari	Attribuzione del "punteggio" al 100% delle aziende
94.P6	Prevenzione	Piani di coordinamento	Attuazione programmi annuali	Relazioni annuali di attività annuali

I prodotti alimentari di origine non animale

La sicurezza dei prodotti alimentari di origine non animale deve essere garantita attraverso un'attenta vigilanza e controllo che inizi dalle modalità di coltivazione, con particolare attenzione all'impiego di prodotti fitosanitari (in tal senso potrà essere un valido aiuto la recente attivazione del registro dei trattamenti), e comprenda tutte le fasi successive di stoccaggio, distribuzione e commercio e somministrazione sia dei prodotti tal quali sia dei prodotti di trasformazione. L'evoluzione delle tecnologie produttive, la sempre maggiore espansione dei prodotti coltivati con metodi biologici, l'introduzione sul mercato di nuovi prodotti, come ad esempio i prodotti alimentari geneticamente modificati, la maggiore attenzione della popolazione nella lettura delle etichette con particolare riferimento alle informazioni nutrizionali, richiedono una sempre maggiore preparazione da parte degli organismi di controllo.

Monitoraggio sulla ristorazione collettiva

In considerazione della numerosità delle persone contemporaneamente coinvolte e delle condizioni di rischio degli utenti, sono attuati piani di intervento mirati, al fine di estendere i controlli in tutti i contesti della ristorazione collettiva: scolastico, lavorativo, ospedaliero, comunità in genere.

Monitoraggio sulla qualità dei prodotti agricoli

La coltivazione dei prodotti agricoli, costituisce il primo livello della filiera: occorre, quindi, un'attenta vigilanza sulle modalità di coltivazione.

La recente introduzione del registro dei trattamenti può costituire un valido strumento per la vigilanza sulle modalità di coltivazione, e quindi sulla qualità del prodotto, nel caso di agricoltura tradizionale; tali aspetti sono verificati nei piani annuali di controllo dei residui di principi attivi di prodotti fitosanitari.

Vengono predisposti i programmi e attivati i corsi di formazione per il rilascio delle abilitazioni e delle autorizzazioni previste rispettivamente per gli utilizzatori e i venditori.

Analoga attenzione viene rivolta ai prodotti coltivati con metodo biologico per verificarne la rispondenza a standard igienici adeguati.

Prevenzione delle intossicazioni da funghi

Sulla base delle indicazioni organizzative e procedurali fornite dalla Regione, viene realizzata la messa a regime degli Ispettorati Micologici, mediante l'adeguamento degli organici, la formazione del personale, per realizzare un servizio che sia in grado di rispondere alle esigenze sia per quanto riguarda il controllo sia per quanto riguarda i casi di intossicazione e avvelenamento.

Attivazione di procedure e di piani per la vigilanza e il controllo sugli alimenti contenenti OGM

La diffusione sul mercato di alimenti contenenti organismi geneticamente modificati, rende necessaria l'attivazione anche in questo settore.

Vengono predisposti piani mirati, previa attivazione di procedure opportune per poter esercitare una corretta attività di controllo.

Igiene della nutrizione

La tutela e la promozione della salute devono essere garantite combinando in un opportuno processo integrativo la sicurezza dei prodotti che vengono destinati all'alimentazione e le abitudini alimentari della popolazione, che devono orientarsi verso un tipo di alimentazione che tenga debitamente conto delle qualità nutrizionali dei vari prodotti alimentari.

Per il conseguimento di tale obiettivo, occorre prevenire l'instaurarsi di errati comportamenti alimentari, intervenendo sulle diverse fasce di popolazione; la scelta ottimale è, indubbiamente, quella di poter adottare tali interventi sulle fasce di popolazione più sensibili, cioè la popolazione infantile. Per fare ciò occorre predisporre adeguati strumenti operativi.

Si individuano tra questi:

1. Progettazione di un sistema di sorveglianza nutrizionale a livello regionale

Scopo della sorveglianza nutrizionale è quello di prevenire e/o controllare le malattie statisticamente correlabili con fattori nutrizionali, al fine di individuare le strategie, le priorità, gli interventi preventivi e correttivi.

Vengono fornite ai S.I.A.N. le indicazioni per la individuazione degli indicatori, delle modalità di raccolta dati e per i flussi informativi.

2. Promozione e attivazione di programmi di educazione alimentare mirati a sviluppare comportamenti alimentari critici e responsabili, in relazione alle diverse fasce di popolazione

Viene verificata e coordinata l'attuazione delle Linee Guida Regionali, in sintonia con gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e del Progetto Obiettivo Alimentazione e Nutrizione approvato dal Consiglio Superiore di Sanità.

3. Acqua destinata al consumo umano

Si sta ormai diffondendo un orientamento, recepito anche a livello normativo, in base al quale l'acqua utilizzata per il consumo umano, in particolare quella utilizzata a scopo potabile-alimentare viene considerata un bene commerciale, e, quindi, considerata alla stregua degli altri prodotti alimentari.

Sia le aziende commerciali, sia le aziende acquedottistiche sia stanno, ormai, organizzando verso questa nuova impostazione.

Tuttavia, ancora per diverso tempo, l'acqua potabile continuerà ad essere distribuita tramite gli acquedotti.

4. Attivazione e coordinamento dell'attività di vigilanza e controllo sulla qualità delle acque destinate al consumo umano mediante:

- individuazione di adeguati modelli di controllo sui sistemi di approvvigionamento tradizionali (captazioni, reti di distribuzione, sistemi di potabilizzazione);
- adeguamento delle potenzialità analitiche ai nuovi parametri introdotti dalla normativa;
- individuazione di procedure omogenee per l'adozione dei provvedimenti richiesti nei casi di non conformità;
- individuazione di adeguati modelli di controllo su sistemi e impianti di trattamento, sulle modalità di etichettatura, di confezionamento e di distribuzione per le acque confezionate poste in commercio.

95 - Ridurre l'incidenza delle malattie causate da e con gli alimenti

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
95.P1	Prevenzione	Linee Guida nazionali e Regionali per il funzionamento dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (DM 16/10/1998 DDUO Prevenzione n. 9922 del 30/4/2001	Definizione di standard di procedure e indicatori di qualità dei SIAN Coordinamento delle attività di controllo ufficiale dei SIAN sui prodotti alimentari	ASL che hanno adottato gli standard Attuazione piani di vigilanza
95.P2	Prevenzione	Linee Guida Regionali specifiche	Potenziamento del monitoraggio epidemiologico delle malattie trasmesse con gli alimenti e attivazione tempestiva di indagini ed interventi; Promozione di una corretta informazione della popolazione in ordine alle misure preventive delle malattie trasmesse con gli alimenti Monitoraggio della ristorazione collettiva, in particolare nei contesti scolastici, sanitari, lavorativi e di comunità Elaborazione di procedure per la vigilanza e il controllo in materia di etichettatura nutrizionale Elaborazione di procedure per la vigilanza e il controllo in materia di organismi geneticamente modificati Monitoraggio sulla qualità dei prodotti	Adozione delle procedure regionali Attività controllate/attività esistenti Aumento sedi e personale ispettorati Avvio attività di controllo analitico
95.P3	Prevenzione	Decreto legislativo 31/2001 Linee Guida regionali	Attivazione di un adeguato monitoraggio delle acque fornite per il consumo umano diretto e delle acque utilizzate dalle imprese alimentari, tenendo conto delle competenze assegnate all'ARPA	Adozione standard regionali

11. La tutela degli anziani e dei disabili

Si vuole intendere, parlando nello stesso capitolo di anziani e di disabili, che oggetto dell'interesse del Piano non è l'anziano in quanto tale ma l'anziano in condizioni di fragilità, vale a dire con limitazioni nel grado di autosufficienza e/o autonomia; nella piena consapevolezza della specificità dei bisogni dell'anziano non autosufficiente rispetto a quello dei disabili e della necessità di cercare sempre di adattare le risposte ai singoli e ai diversi bisogni.

E' senz'altro obiettivo del Piano creare una rete di servizi ed interventi, all'interno della quale la persona in condizione di fragilità possa esercitare pienamente il diritto di libertà di scelta.

Per quel che riguarda in particolare il disabile non si può non tener conto che esiste sia una gravità clinica sia una gravità ambientale e che tutte e due concorrono nella individuazione della risposta più adeguata per il bisogno specifico. La RSH di cui poi si parla, risponde ovviamente solo ad alcuni particolari bisogni e si affianca alle altre proposte ambulatoriali, semiresidenziali, domiciliari, che andranno sempre più valorizzate nella misura in cui maggiormente garantiscono la vicinanza tra il disabile e la propria famiglia.

La Giunta regionale promuoverà uno studio sul mondo dell'handicap che procederà dall'esame dello stato dell'arte. Verrà tenuto conto, nell'erogazione di fondi dedicati alla disabilità grave, di progetti pluriennali per la vita indipendente.

I profondi cambiamenti demografici ed una domanda di tutela sociosanitaria culturalmente più matura inducono tutti i Sistemi di sicurezza sociale ad offrire una risposta molto più ampia, completa e qualificata di quella che, fino a pochi anni or sono, soddisfaceva le aspettative della popolazione. Quello che viene richiesto, infatti, non è solo un aumento quantitativo ma anche una maggiore diversificazione delle cure per aderire sempre più individualmente alle esigenze dei singoli o delle loro famiglie.

La Lombardia è una regione in cui le tendenze demografiche anticipano quelle nazionali: gli anni di vita non autosufficiente sono molto aumentati. Ciò è avvenuto non solo per il continuo "invecchiamento" della popolazione (*trend* demografico), ma anche per l'aumento della disabilità che oggi consegue a traumi fatali, alle sempre più numerose nascite di bambini immaturi, a disturbi precoci del comportamento di varia origine, non ultimi il maltrattamento o l'abuso.

I nostri servizi per anziani e disabili storicamente sono centrati su strutture residenziali che attualmente si chiamano Residenze sanitario-assistenziali (RSA) o centri residenziali per *handicap* (CRH) esattamente come, i servizi sanitari, sono storicamente centrati sugli ospedali. Da tanto tempo sono stati riconosciuti i danni che l'"istituzionalizzazione" produce sui soggetti più fragili e da tanto tempo ci si è avviati sulla strada della territorializzazione dei servizi, sia sanitari che sociosanitari e socio-assistenziali. Il risultato è la creazione di un modello assistenziale a rete, caratterizzato da servizi complementari per modello assistenziale (residenziale, territoriale o domiciliare) e integrati per tipo di intervento offerto (sanitario, sociosanitario o socio-assistenziale).

La rete lombarda dei servizi alla persona, nonostante l'impegno profuso, nel 2001 non è ancora un sistema uniformemente definito, monitorato e distribuito sul territorio regionale. In particolare in tutto l'ambito sociosanitario e socio assistenziale non è stato finora istituito un sistema di controllo del grado di tutela offerto alla popolazione più fragile.

Un ulteriore punto di debolezza della rete sembra essere oggi la famiglia, probabilmente ancora anticipando, come è stato già detto, la tendenza nazionale: in meno di una generazione, la famiglia ha mutato la sua composizione, i suoi riferimenti culturali (per la cura della persona, l'alimentazione, la comunicazione, l'attività scolastico- lavorativa ed il tempo libero) fino a modificare le sue aspettative circa gli eventi "fisiologici" dell'esistenza, le sue strategie economiche per l'impiego delle sue risorse umane e finanziarie.

La Regione, a partire dal marzo 2000, è impegnata nella progressiva attuazione della l.r. 23 dicembre 1999, n. 23, riguardante le "Politiche regionali per la famiglia" per la promozione e per il finanziamento di diversi interventi, quali contributi per agevolare l'accesso alla prima casa per giovani coppie, contributi alle famiglie di persone disabili per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati, potenziamento dei servizi socio-educativi per l'infanzia (in particolare i nidi famiglia), realizzazione di iniziative per la formazione dei giovani al futuro ruolo di coniugi e genitori ed il buono sociosanitario per gli anziani non autosufficienti, al quale segue il buono per i disabili. Queste due ultime iniziative sono finalizzate a ritardare il più possibile la "istituzionalizzazione" dando un contributo economico alla famiglia per sostenere il suo impegno nell'assistenza al congiunto anziano o disabile. Tuttavia è innegabile che il continuo allungamento dell'aspettativa di vita unito con la continua progressione delle malattie cronic-degenerative inducono comunque a mantenere valida l'offerta di strutture residenziali che ospitano effettivamente oggi persone di una fascia di età ben più avanzata di un tempo (nelle RSA la classe 65-74 anni tende a scomparire mentre la coorte > 85 tende ad aumentare; anche nei CRH e simili si assiste ad un progressivo "invecchiamento" degli ospiti).

Inoltre, il tipo di non autosufficienza appare mutato e la classificazione utilizzata fino ad oggi per i posti letto delle RSA (non autosufficienti parziali o NAP, non autosufficienti totali o NAT e nucleo Alzheimer) non sembra più adeguata a descrivere le condizioni degli ospiti né l'impegno assistenziale della struttura. Parimenti non appare più soddisfacente la definizione della *mission* riabilitativa degli IDR, sia in rapporto con quella intensiva ospedaliera che in rapporto con quella di mantenimento dei CRH, poiché non esiste una chiara complementarità di intervento, ma una sovrapposizione o un'inutile e dispendiosa duplicazione. Esiste anche una inappropriata utilizzazione dei servizi riabilitativi.

Il nuovo processo di accreditamento sociosanitario e socio-assistenziale vuole descrivere in maniera chiara i requisiti di qualità dell'assistenza offerta, le modalità di accesso ad essa e di controllo della sua adeguatezza alla tutela delle esigenze di chi ne usufruisce.

Fino ad oggi l'attenzione è stata concentrata sulla analisi degli aspetti strutturali del sistema di assistenza, fino a disegnare un numero molto elevato di unità di offerta, ma senza descrivere il tipo e le modalità delle prestazioni di ogni singolo servizio, senza governare le relazioni fra i diversi servizi della stessa rete.

La revisione che si sta sviluppando intende completare, ma anche semplificare, l'offerta di servizi nel triennio e specificarne il ruolo nella rete assistenziale.

Conoscere le caratteristiche ed i bisogni della popolazione, standardizzare e verificare le procedure e gli *outcome*, comporta anche una revisione degli attuali flussi informativi e di alcuni provvedimenti già adottati che, costituendo la base del sistema attuale di accreditamento, non risultano pienamente adeguati alla tutela della salute e del benessere della popolazione lombarda più fragile, attuale e futura.

Parlare di tutela degli anziani e dei disabili significa partire dal concetto di "salute" che presuppone il "prendersi cura" e migliorare di conseguenza la qualità di vita di queste persone. Il "prendersi cura" compenetra necessariamente gli aspetti di prevenzione, cura, riabilitazione/abilitazione facendo emergere la necessità di interrelazione dei servizi e degli interventi di carattere sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale. Di conseguenza l'unica cornice all'interno della quale collocare tale attività è quella della *rete integrata dei servizi*. I molteplici bisogni, di una persona anziana piuttosto che disabile, devono essere soddisfatti non con una serie di interventi parcellizzati, ma attraverso una serie di opportunità di risposte tra loro integrate e coordinate, ove le stesse, e gli operatori dedicati, si coordinino e costruiscono rapporti sinergici affinché l'intervento prodotto sia non solo efficiente, ma anche efficace. L'ampia gamma di interventi così forniti dalla rete permette alla persona in condizione di fragilità di scegliere liberamente tra le diverse opzioni la risposta più aderente alle sue esigenze.

Individuare gli obiettivi da perseguire per tutelare la "salute" degli anziani e dei disabili impone una modalità d'approccio non settoriale, ma che consideri la persona in condizione di fragilità all'interno del suo contesto familiare. Ciò implica altresì riconoscere alla famiglia la capacità di auto-organizzarsi e di fornire prestazioni sia al proprio interno, sia quando assume un ruolo nella rete parentale, amicale o di buon vicinato. Tale riconoscimento non deve però connotare la famiglia come il soggetto che ha il dovere di rispondere *in solitudine* ai bisogni primari della persona fragile, ma la sua azione del *prendersi cura*, considerabile quale aspetto naturale e generalizzato suo proprio, può essere invece una prestazione che necessita di un "aiuto esterno" (di tipo economico, professionale, ecc.) finalizzato a sostenere e a tutelare la capacità di "essere risorsa" della famiglia medesima. In particolare, per quanto riguarda i disabili, si pone l'esigenza di dar corso ad una nuova politica per l'inserimento lavorativo che valorizzi il ruolo dell'impresa sociale.

Obiettivi

Coerentemente con la programmazione strategica regionale e con le priorità dalla stessa individuate, si definiscono, di seguito, gli obiettivi prioritari:

- ◆ definizione delle linee organizzative del modello a rete dei servizi sociosanitari e socio-assistenziali per anziani e disabili, sulla base delle iniziative sperimentali attivate dal livello regionale e delle risultanze della programmazione strategica territoriale;
- ◆ riqualificazione della rete delle RSA e trasformazione della rete dei CRH e IEH in RSH (configurando così per l'area dell'handicap un'unica tipologia di residenza sanitaria assistenziale per le situazioni che necessitano di presa in carico globale in regime residenziale);
- ◆ predisposizione di linee guida relative alle diverse modalità d'intervento alternative al ricovero a favore di persone anziane e disabili;
- ◆ sperimentazione e sviluppo di servizi ed interventi ad alta integrazione sanitaria per persone affette da: gravi lesioni post-traumatiche midollari e craniche, ivi compresi i comi, gravissime disabilità neonatali con breve speranza di vita, psicosi autistiche, sindrome di Alzheimer ed altre gravi patologie emergenti;
- ◆ promozione di progetti che attivino risposte sanitarie rivolte alla disabilità adulta riguardanti la verifica specialistica periodica dello stato di malattia o interventi specifici specializzati come in odontoiatria.

96 - Tutela anziani e disabili

	Area	Obiettivo	Azione chiave	Indicatori
96.S1	Sociale	Definizione del modello a rete dei servizi e degli interventi sociosanitari e socio-assistenziali per anziani e disabili	Studio e analisi di modalità di interconnessione tra servizi ed interventi, anche sulla scorta di esperienze sperimentate a livello europeo	
96.S2	Sociale	Riqualificazione della rete delle RSA e RSH	Aggiornamento dell'istituto autorizzativo Definizione dei requisiti di accreditamento Tariffazione	Recepimento degli standard autorizzativi Adozione della scheda di osservazione dell'ospite % di strutture che rispondono agli indicatori di processo e di outcome

	Area	Obiettivo	Azione chiave	Indicatori
96.S3	Sociale	Promozione di interventi di lungoassistenza per favorire la permanenza presso il proprio domicilio della persona in condizione di fragilità	Definizione di linee guida relative ad interventi sociosanitari e socio-assistenziali realizzati a domicilio Potenziamento dei servizi semiresidenziali nonché di interventi di sollievo e di residenzialità alternativa	Numero degli interventi attivati Numero di soggetti raggiunti Numero dei servizi ed interventi attivati Numero di soggetti raggiunti
96.S4	Sociale	Sperimentazione e sviluppo di servizi ed interventi ad alta integrazione sanitaria per persone affette da gravi patologie	Predisposizione di progetti sperimentali mirati a specifiche patologie	Numero dei servizi ed interventi attivati Numero dei soggetti raggiunti

12. Il contrasto alle dipendenze e gli interventi di inclusione sociale

LE DIPENDENZE

Il territorio regionale dispone di un compiuto «corpus» normativo che ha accompagnato in questi anni l'intero sistema dei servizi (pubblici e privati) e con essi il cambiamento del fenomeno, proponendo un insieme di metodologie di lavoro sempre più mirate ai bisogni del territorio in una logica di integrazione delle risorse disponibili. I dati relativi all'anno 2000 confermano il trend dell'ultimo quinquennio; il numero di utenti in carico ai servizi Pubblici e a quelli del Privato sociale sono tendenzialmente stabili e pari, rispettivamente, a circa 22.000 utenti per i Sert, 5.000 per le Unità Alcolologiche e 5.000 inseriti in strutture riabilitative. I «nuovi utenti» rappresentano, anche in questo caso, un dato costante, attestandosi intorno al 25% del totale. Mentre le caratteristiche dell'utenza non si modificano nei parametri di genere ed età (netta prevalenza del sesso maschile, pari a circa l'80% del totale - gruppo di età maggiormente rappresentato: 30-34 anni), si rileva un costante aumento nell'uso di sostanze diverse dall'eroina: la percentuale di utenti che dichiara un uso primario di cocaina è pari a ben il 10% del totale.

L'«aggancio» di quei soggetti che, per motivi diversi, non si rivolgono al sistema dei servizi, trova riscontro in interventi progettuali ormai stabili: sul versante della riduzione del danno le 10 Unità Mobili regionali contattano circa 20.000 utenti per anno, mentre le équipes di prevenzione «nuove droghe» operano nel mondo della notte e nell'area degli eventi e dei luoghi di divertimento.

Il sistema di intervento dovrà sempre di più, dunque, essere in grado di avvicinare le persone in tutte le fasi del loro disagio attraverso relazioni di integrazioni e collaborazione tra servizi specialistici e reti di sostegno professionali e non, fornendo in primo luogo delle possibilità di sviluppo alla persona a partire dalle proprie capacità e dalle risorse presenti. In questo quadro, occorre soprattutto sviluppare azioni miranti a facilitare e incoraggiare l'accesso ai servizi e alle misure disponibili. Dovranno essere sviluppati raccordi tra discipline, fra interventi ed articolazioni delle risposte, per garantire all'utente un'offerta di opzioni sia in senso preventivo che diagnostico-terapeutico. Tutto ciò rimanda ad un presupposto fondamentale, che rappresenta un sistema di risposta nei confronti della persona in difficoltà, tanto più ottimale quanto più assume la configurazione di un sistema complesso a rete, in cui bisogni e risposte siano correlate attraverso una pluralità di attori, capace di tenere conto della dimensione sociale, sanitaria ed educativa del problema e, conseguentemente, fondato su una gamma di servizi diversificati e altamente integrati. Questi soggetti partecipano, nelle forme stabilite dalla legge ai vari livelli, alla programmazione, alla progettazione, alla verifica e alla valutazione degli interventi attuati.

Linee strategiche dell'azione regionale

L'intervento nel campo delle dipendenze, a fronte di una utenza estremamente diversificata (per età, struttura di personalità, tipo di sostanza, modalità di uso/abuso), presuppone l'erogazione di prestazioni altrettanto diversificate, di carattere intensivo, estensivo e di lungo assistenza. L'unica modalità per garantire interventi che spaziano dalla prevenzione all'intervento diretto e al reinserimento è quella dell'intervento a rete, che presuppone più soggetti collaboranti. Questo modello, da tempo proposto ed attuato nella nostra regione, deve ora, anche alla luce delle recenti normative, trovare piena espressione ed attuazione.

Diviene, quindi, strategia prioritaria l'estendere il diritto di tutela sociale e sanitaria a tutte le persone con problematiche di uso e abuso sia da sostanze illecite che lecite e alle loro famiglie, attraverso lo sviluppo di un sistema di intervento complessivo di aiuto, in grado di avvicinare i soggetti in tutte le fasi del loro disagio e basato su relazioni di integrazioni e collaborazioni tra i servizi e le reti di sostegno sociale più in generale, attento, altresì, alle evidenze scientifiche ed ai processi valutativi. E' importante, infatti, uno sforzo comune di costruzione del bagaglio di prove di efficacia del contrasto alle dipendenze, per poter meglio fronteggiare i vari aspetti del fenomeno.

Gli obiettivi specifici

Adeguamento del sistema di intervento. Si profila uno scenario in cui i servizi per le dipendenze garantiscono prestazioni diversificate agli utenti, all'interno di una logica di programmazione territoriale e attraverso l'introduzione di modelli organizzativi finalizzati all'aumento dei livelli di integrazione tra le diverse strutture pubbliche coinvolte e le realtà del no profit e del volontariato impegnate nel campo.

Ulteriore obiettivo è garantire, quando consentito dalla legislazione vigente, la libertà di scelta dell'utente, nell'ambito dei progetti individuali di prevenzione, cura, riabilitazione.

Il sistema di intervento attivato in questi anni già prevedeva il concorso del privato sociale sia nell'ampliare le aree di intervento del servizio pubblico, che in particolare nelle attività di prevenzione, accoglienza e trattamenti specialistici. Per la realizzazione di un sistema di servizi pubblici e privati, più avanzato, è necessario attivare una riconversione e riqualificazione degli interventi, così come prevista dall'Atto di Intesa Stato-Regioni del 5.8.1999. L'accreditamento dei servizi pubblici e privati, oltre che riconoscere pari dignità agli enti ed associazioni che effettuano attività di prevenzione, cura e riabilitazione, consentirà, inoltre, un miglioramento qualitativo dell'intero sistema. E' indispensabile, che in ciascun ambito ASL i soggetti pubblici e privati proseguano nella definizione di una programmazione coordinata degli interventi, attraverso una verifica costante e una valutazione del conseguimento dei risultati attesi. È opportuno inoltre realizzare un monitoraggio delle prestazioni offerte e del funzionamento dei Servizi per le tossicodipendenze, con particolare riguardo agli orari di apertura, per garantire ai cittadini pari possibilità di cura su tutto il territorio regionale.

Si rinvia, a successivi provvedimenti della Giunta regionale collegati al presente piano, previo parere della Commissione consiliare competente la realizzazione di:

- riconversione e riqualificazione degli interventi secondo l'articolazione di cui all'Atto di Intesa Stato/ Regioni;
- rafforzamento dell'articolazione dei Servizi Pubblici delle Dipendenze in unità funzionali sulla base dei bisogni emergenti ed in relazione alle varie tipologie di abuso e dipendenza. All'interno dei Servizi dovrà essere garantita una specifica unità funzionale in campo alcolologico in coordinamento stabile con gli altri servizi ed interventi esistenti sul territorio, nel rispetto di quanto previsto dalla recente normativa «Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati» (Legge n. 125/2001). Alla lotta all'alcolismo, la cui diffusione, soprattutto tra i giovani, viene troppo spesso sottovalutata, verrà data particolare e maggiore attenzione. Verrà favorito anche lo sviluppo di interventi psico-medico-sociali che valorizzino il ruolo dei gruppi di auto-aiuto in coerenza con la sopracitata legge. Si auspica anche che venga inserito un piano di studio alcolologico nel corso di laurea in medicina;
- disponibilità di una rete di monitoraggio sull'andamento delle nuove sostanze presenti nel mercato e messa a punto di una rete che consenta una lettura scientifica ed epidemiologica delle informazioni raccolte per la produzione di informazioni cliniche e terapeutiche adeguate, destinate agli operatori del sistema sociosanitario. («sistema di allerta rapido»);
- sviluppo dei processi di miglioramento dei livelli di funzioni/prestazioni a due livelli: quello regionale e quello locale. E' in questo ambito che il Progetto Obiettivo Dipendenze costituisce il riferimento operativo per i servizi a livello locale, definendo obiettivi e indicatori specifici, modulati in funzioni di bisogni specifici e priorità di intervento;
- stabilizzazione dei rapporti di collaborazione tra servizio pubblico e privato sociale. Considerato che al raggiungimento degli obiettivi propri dell'area delle dipendenze concorrono molteplici unità operative e servizi, sia dell'ASL che di altri soggetti, pubblici e privati, completare il processo dipartimentale all'interno del Dipartimento ASSI viene ritenuta modalità idonea per affrontare tutti gli aspetti di prevenzione, riabilitazione e cura, in modo integrato. Il Dipartimento tecnico funzionale delle Dipendenze costituisce la forma di coordinamento tecnico di tutte le funzioni e di tutte le strutture territoriali che concorrono con le diverse attività al perseguimento degli obiettivi definiti, garantendo unitarietà e pari dignità delle diverse sedi e settori di intervento.

Si rinvia, con successivi provvedimenti specifici della Giunta regionale collegati al presente piano, previo parere della Commissione consiliare competente, alla realizzazione di:

- interventi integrati con istituzioni diverse, tramite forme di accordo, finalizzati al miglioramento del coinvolgimento dei giovani consumatori e allo sviluppo di una rete funzionale di intervento che faciliti l'accesso e proponga percorsi specialistici diversificati;
- adeguamento e stabilizzazione degli interventi preventivi a livello territoriale e razionalizzazione dei processi e degli interventi di consolidata e comprovata efficacia (evidence based) per la condivisione di informazioni e per l'individuazione di soluzioni comuni, tra comunità locale e soggetti ed enti diversi. Costituiscono aree emergenti e prioritarie di intervento il mondo della scuola, della famiglia, del lavoro, le scuole guida, il mondo del divertimento e ricreativo;
- sperimentazione di modalità di intervento integrative e/o migliorative dell'offerta al fine di garantire una maggiore fruibilità del sistema dei servizi ed un miglioramento della qualità delle prestazioni con attenzione particolare "ai comportamenti dipendenti" prima ancora che alle sostanze e/o singole patologie;
- sviluppo di interventi per la tutela, il mantenimento o il miglioramento della qualità di vita degli utilizzatori di sostanze, indipendentemente dalla loro capacità ed intenzione di interrompere l'uso, con la finalità di ridurre i rischi sociali e sanitari sia per l'individuo che per la collettività;

- sperimentazione di servizi di gestione e accompagnamento di soggetti con problematica di dipendenze usciti dalle comunità o dal carcere;
- stabilizzazione dei previsti Coordinamenti territoriali in ciascun ambito ASL, attualmente già in corso, per favorire la riorganizzazione del sistema dei servizi pubblici-privati, così come previsti nel presente documento, l'ottimizzare le risorse, nonché per elevare la qualità degli interventi stessi, anche attraverso il lavorare per progetti.

97 - Adeguamento del sistema di intervento

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatori
97.D1	Dipendenze	Normativa nazionale (atto di intesa stato regioni) DGR	Riconversione e riqualificazione degli interventi secondo l'articolazione di cui all'Atto di Intesa Stato/Regioni	Recepimento degli standard da parte dell'intero sistema di intervento Messa in atto della rete di intervento secondo le aree identificate
97.D2	Dipendenze	Deliberazione di Giunta regionale	Rafforzamento dell'articolazione dei servizi pubblici delle Dipendenze in unità funzionali sulla base dei bisogni emergenti ed in relazione alle varie tipologie di abuso e dipendenza	Istituzioni di Unità di Alcologia in relazione allo standard previsto Offerta di programmi specifici dedicate alle nuove forme e modalità di dipendenza
97.D3	Dipendenze	Progetto regionale Sperimentale	Disponibilità di una rete di monitoraggio sull'andamento delle nuove sostanze	Attivazione del Sistema di allerta rapido sul territorio lombardo
97.D4	Dipendenze		Sviluppo di processi di miglioramento dei livelli di funzione/prestazione	Esistenza di strumenti di misurazione della qualità in ambito preventivo (evidence based) Presenza di documentazione relativa al successo dei vari trattamenti Esistenza di progetti di miglioramento in relazione ai dati emersi e alle informazioni raccolte
97.D5	Dipendenze	DGR	Stesura del Progetto Obiettivo Dipendenze	Applicazione sul territorio

98 - Stabilizzazione dei rapporti di collaborazione tra servizio pubblico e privato sociale

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatori
98.D1	Dipendenze	DGR PST ASL	Completamento del processo dipartimentale all'interno del Dip. ASSI	Messa in atto delle forme di pianificazione e indirizzo tecniche
98.D2	Dipendenze	DGR	Realizzazione di interventi integrati con istituzioni diverse tramite accordi	Definizione di accordi, standard e protocolli
98.D3	Dipendenze	Piani Territoriali Dipendenze (ex legge 45/99)	Adeguamento e stabilizzazione degli interventi preventivi a livello territoriale	N. progetti attivati Numero e sviluppo della rete delle collaborazioni
98.D4	Dipendenze		Sperimentazioni di modalità di intervento integrative e/o migliorative dell'offerta	Numero degli interventi progettuali attivati N. di soggetti raggiunti
98.D5	Dipendenze		Sviluppo di interventi per la tutela, mantenimento e miglioramento della qualità di vita degli utilizzatori di sostanze	Numero degli interventi progettuali attivati N. dei soggetti raggiunti
98.D6	Dipendenze	Progetto regionale Sperimentale	Sperimentazione di servizi di gestione e accompagnamento di soggetti con problematica di dipendenze usciti dalle comunità o dal carcere.	Numero degli interventi progettuali attivati N. dei soggetti raggiunti

Le aree di intervento

L'insieme delle attività e delle progettazioni dei servizi si configurano nelle tre macro aree: prevenzione, riduzione danno e trattamento, reinserimento sociale. Queste aree sono in stretta relazione e interdipendenza fra loro e spesso si configurano trasversali e interagenti con altre attività e progettazioni svolte da soggetti non direttamente afferenti il sistema specifico delle dipendenze (es. area prevenzione).

Area prevenzione

Le attività di prevenzione specifica si inseriscono in un ambito più ampio di promozione e prevenzione, pertanto, coautori e, contemporaneamente, destinatari degli interventi sono: altri servizi e dipartimenti dell'ASL e della Sanità, enti locali ed istituzioni, mondo della scuola, del lavoro, famiglia, ambiti sportivi e ricreativi, locali pubblici e loro associazioni, scuole guida, mass media, opinion leaders e testimonials.

Tutti gli obiettivi sono riferiti ai comportamenti di abuso, dipendenza ed uso dannoso e gli interventi preventivi devono venire svolti in accordo e collaborazione con altre aree.

L'approccio globale è tuttora considerato la migliore strategia per risolvere i problemi futuri. In un approccio globale ci si deve interessare di tutti i tipi di droga di cui viene fatto uso, abuso, lecite o illecite che siano.

E' necessario inoltre evitare interventi episodici e fine a se stessi, ovvero, non inseriti all'interno di una progettualità più vasta. Infatti diversi possono essere i livelli di attività che concorrono agli obiettivi di prevenzione. I servizi operano nell'area della prevenzione attraverso la promozione dell'autonomia e della consapevolezza delle scelte delle persone aumentando il livello di informazione e sensibilizzazione, aumentando le possibilità di aggancio di situazioni "non visibili" o di aggancio precoce, prevenendo o evitando i decessi.

Area di sostegno e trattamento

Il sistema di intervento deve poter offrire alle persone con comportamenti di dipendenza tutte le prestazioni di cura e riabilitazione riconosciute valide ai fini di tutelare la salute globalmente intesa e contenere i fenomeni di esclusione sociale, nonché garantire effettive e possibili processi di evoluzione, nonché produrre e promuovere conoscenze rispetto al fenomeno e alle sue tendenze, creando connessioni e punti di collegamento tra l'area della prevenzione e del trattamento medesimo. L'obiettivo di ogni intervento è quello di portare i singoli soggetti alla completa astensione dall'uso di sostanze illegali e dall'abuso di sostanze legali e di contrastarne lo stato di dipendenza; si riconosce comunque come realistico e rispettoso della dignità delle persone anche l'obiettivo di migliorare lo stato di salute e la qualità della vita, nonché di eliminare e/o diminuire i rischi, complicazioni e danni, in quei soggetti che non sono in condizioni di astenersi completamente dall'uso o dall'abuso di sostanze.

L'intervento sullo stato di salute psico-fisica del singolo individuo è un vantaggio per tutta la società ed è in questo senso che si intende rivolto a tutta la cittadinanza.

E' ritenuto importante favorire nel percorso con il soggetto i contatti con i familiari, gli amici e le persone che hanno legami relazioni ed affettivi o professionali, per una eventuale presa in carico e, comunque, per offrire supporto e per affrontare problemi specifici, anche di tipo clinico, quando ciò non contrasta con la possibilità di realizzare piani terapeutici riabilitativi specificatamente indirizzati ai soggetti e, sempre, con il consenso dei diretti interessati quando già in trattamento.

Un'attenzione particolare deve essere prestata all'intervento rivolto ai minori sia che siano abusatori di sostanze sia che convivano con persone coinvolte in questo tipo di problematica. Assieme alle donne in stato di gravidanza i minori hanno, nel rispetto delle normative vigenti, assoluta priorità per l'accesso agli interventi necessari per la tutela della salute psico-fisica e della situazione sociale. Gli stati di dipendenza (uso o abuso) sono patologie particolarmente complesse per quanto riguarda la diagnosi, la prognosi e il trattamento. Per quanto possibile, in relazione alle risorse disponibili ed alla volontà del paziente, ogni caso dovrà essere affrontato a livello multidisciplinare, cercando di cogliere e risolvere anche quelle problematiche di tipo sociale ed educativo che possono impedire un reale processo riabilitativo.

Tra i possibili strumenti terapeutico-riabilitativi devono essere privilegiati quelli che abbiano dimostrato una evidenza di efficacia. In considerazione del rapido evolversi dei fenomeni di abuso e della complessità delle situazioni che debbono essere affrontate, in mancanza di assoluta evidenza di efficacia, vengono utilizzate anche quelle metodiche che danno, in scienza e coscienza, una ragionevole probabilità di successo anche parziale.

Nell'interesse della salute individuale e collettiva, in presenza di una diagnosi di dipendenza o di abuso di sostanze, gli interventi sono erogati a chi li richiede, indipendentemente dal fatto che il richiedente sia o meno cittadino italiano o che dimori nel territorio di competenza solo temporaneamente.

Per contrastare adeguatamente il fenomeno si deve prefigurare maggior conoscenza dello stesso, in un quadro complesso di orientamento ed interventi e allo scopo di valutare l'efficacia dell'approccio terapeutico stesso.

Area reinserimento sociale

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate, nei diversi settori della vita sociale. Tra gli interventi che costituiscono i livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili si indicano gli interventi di reinserimento delle persone con problematica di dipendenza (tossicodipendenti e alcolodipendenti), come un insieme di prestazioni integrate di tipo socio-educativo.

Rientrano in quest'area gli interventi connessi alla vita quotidiana volti a promuovere il cambiamento delle condizioni reali di vita dei singoli e dei gruppi, contribuendo, altresì ad incidere sulla percezione sociale del fenomeno.

Interventi di promozione della formazione professionale, della formazione/lavoro, di inserimenti lavorativi, di progetti di vivibilità quotidiana, prestazioni assistenziali con destinatari sia i soggetti che le loro famiglie finalizzate ad agevolare o rendere, in alcuni casi possibili, il percorso di recupero stesso, attività educative e di sostegno a livello territoriale, interventi finalizzati alle fasce più deboli e marginalizzate, ecc.

Realizzare, in questo senso, una rete territoriale in grado di favorire l'integrazione sociale e mantenere lo stato di salute raggiunto dalla persona, attraverso momenti di sensibilizzazione, informazioni e confronto tra enti e istituzioni diversi, rappresenta un comune obiettivo, volto al miglioramento dei servizi resi ai cittadini in termini di efficacia ed efficienza.

Risultano trasversali alle aree di intervento sopra descritte:

- Le aree della ricerca, del monitoraggio e dell'epidemiologia

E' l'insieme delle attività di ricerca, di monitoraggio e di epidemiologia che favorisce notevolmente e concretamente le capacità di crescita professionale e di conoscenza degli universi di riferimento. Il sistema, così inteso, assolve prioritariamente alla funzioni di raccolta ed elaborazione dei dati finalizzati alla verifica degli interventi e alla valutazione dei risultati delle attività dei servizi. L'attivazione e la conduzione di ricerche e attività sperimentali, devono poter rientrare nel piano delle attività del sistema dei servizi, concorrendo a migliorare la comprensione del fenomeno e a soddisfare le esigenze e gli obiettivi specifici dei servizi, individuando nuovi più adeguati strumenti operativi.

- L'area della formazione

E' fondamentale un continuo sforzo di collegamento, di scambio, di collaborazione tra i diversi componenti del sistema e i progetti. In questi percorsi si sperimentano processi che consentono a tutti i professionisti coinvolti, di essere attori attivi nella costruzione di senso e significati.

E' necessario promuovere capacità programmatiche diffuse, per la messa a punto di protocolli di intervento che si legittimano in un percorso di formazione professionale e incentivando l'autoriflessione degli operatori sul proprio lavoro. La promozione e lo sviluppo di capacità tecniche professionali inoltre deve essere sostenuta e favorita da percorsi di supervisione sia sulle modalità lavorative che sugli interventi.

Le nuove progettualità

Alla realizzazione di quanto previsto nelle diverse aree di intervento sopra descritte concorrono il complesso degli interventi progettuali già attivati o attivabili sia a livello locale che a livello regionale. Accanto a queste è l'esigenza di cercare nuove forme, organizzate in modo flessibile e con monitoraggio continuo. Le indicazioni qui contenute vanno verso le cosiddette nuove progettualità. Esse si inseriscono in un contesto in continuo mutamento, fornendo una alternativa nel progettare interventi che siano sempre più consoni ai bisogni dell'utenza.

Caratteristiche comuni sono:

- presenza di diverse partner progettuali, anche a fronte delle esperienze già in corso;
- valorizzazione di nuove, creative modalità di intervento, nuove tecniche, alcune delle quali già sperimentate all'estero, ma sul nostro territorio poco conosciute o scarsamente applicate;
- raccordo con progettualità europee e con organismi che operano in tale contesto;
- collegamento con l'osservatorio permanente per la verifica dell'andamento del fenomeno droghe a livello nazionale.

Aree di intervento

- Prevenzione:

PROGETTO «M.D.M.A» (Monitoraggio Droghe e Manifestazioni di Abuso) per la conoscenza, il monitoraggio delle sostanze in circolazione con particolare attenzione alle cosiddette «Nuove Droghe».

Il progetto è finalizzato a realizzare un sistema di circolazione delle informazioni relativamente alle droghe sintetiche in circolazione, circa la loro composizione, il grado di pericolosità e le modalità di intervento possibile. Esso si attiva in stretto raccordo con le Forze dell'Ordine operanti sul territorio, e sarà rivolto prioritariamente agli operatori sia del sistema dei servizi per le dipendenze, che altri (ospedali, pronto soccorso, ecc.). Il complesso degli interventi in esso previsti perseguono l'obiettivo generale di tutela della salute, con particolare attenzione alla popolazione giovanile.

PROGETTO «PREFETTURA»

Il progetto è finalizzato ad avviare una sperimentazione coordinata con il concorso di alcuni servizi dell'area milanese e hinterland (pubblici e privati) e la Prefettura medesima per il trattamento di persone segnalate ai sensi dell'art. 121 e 75 del T.U. 309/90, compresi nella fascia di età fino ai 26 anni. Esso risponde agli obiettivi generali di sanità pubblica e di prevenzione dei disagi e delle deprivazioni relative ai processi di sviluppo adolescenziale/giovanile, attraverso modi e forme che intendono rafforzare le capacità dei giovani a confrontarsi con situazioni e vissuti problematici ed incrementare risorse operative e sociali. I soggetti più giovani, assuntori di sostanze cannabinoidi, droghe psicotrofici, tra cui la cocaina in modo saltuario, o anche già utilizzatori di eroina, vengono qui considerati come

una fascia di utenza molto particolare. Dal punto di vista della prevenzione, della diagnosi e dell'intervento precoce si ritiene fondamentale poter agire sui soggetti più giovani compresi anche i consumatori saltuari di sostanze stupefacenti psicoattive. E' da riaffermare, infatti che uno degli scopi centrali dei servizi di cura è proprio quello di agganciare più soggetti possibili e in un periodo di uso non stabilizzato di sostanze.

PROGETTO «DISCOTECHES»

Il progetto è finalizzato ad implementare il sistema preventivo, promuovendo una specifica sensibilizzazione in un luogo privilegiato dai giovani, quale la discoteca, considerata luogo di aggregazione all'interno del quale è possibile sperimentare modalità di prevenzione e di operatività, servendosi di strategie comunicative diverse.

Esso agisce in conformità al Protocollo di Intesa tra Governo e SILB (Sindacato locali da Ballo) e prevede la realizzazione di azioni comuni sia di carattere informativo che formativo per impedire la presenza e il consumo di droghe all'interno dei locali da ballo e attivare in maniera sistematica e continuativa interventi di riduzione dei rischi. I soggetti partner interessati sono: SILB regionale, ASL e servizi specifici, privato sociale.

- Riduzione Danno e Trattamento:

PROGETTO «VEDETTE»

Il progetto è stato avviato dal Ministero della Sanità, con il concorso di diverse realtà regionali. Si propone come obiettivo di valutare l'efficacia delle diverse tipologie di intervento effettuate dai Servizi per le dipendenze per il trattamento della tossicodipendenze da eroina, nella prevenzione della mortalità acuta per overdose e cause violente e nel mantenere la persona in trattamento. La Regione Lombardia partecipa attraverso un apposito coordinamento regionale composto dai referenti Sert coinvolti nello studio.

PROGETTO «RE-LIGO»

Il progetto è finalizzato ad avviare e potenziare un sistema di aiuto complessivo, in grado di avvicinare i soggetti in tutte le fasi del loro disagio, attraverso la stabilizzazione di forme di integrazione e collaborazione tra diversi servizi. E' l'Agenzia Territoriale così identificata che diviene luogo di intersezione tra l'associazionismo non profit, le organizzazioni di volontariato, gli enti locali, le istituzioni scolastiche, i sistemi informali di cura più in generale. Si tratta di implementare un sistema di agenzie sociali che attraverso un mix di risorse formali e informali procedano per partnership complementari collocandosi nel punto più vicino all'insorgere del bisogno.

- Reinserimento:

PROGETTO «HOUSING»

Il progetto è finalizzato alla sperimentazione di servizi di gestione e accompagnamento di soggetti (anche con problematica di dipendenze) usciti dal carcere o in pena alternativa, tramite l'individuazione di soluzioni organizzative ed il sostegno ad iniziative progettuali da parte di cooperative sociali che assumono soggetti svantaggiati, che presentano difficoltà a reperire una propria abitazione, al fine di favorire il raggiungimento di una loro autonomia.

LE POVERTÀ

Linee strategiche dell'azione regionale

La Regione intende garantire lo sviluppo di un sistema integrato di interventi finalizzati a contrastare l'esclusione sociale e le povertà nel rispetto della dignità umana e del raggiungimento di obiettivi centrati sulla persona. In questo modo la finalità non è esclusivamente di compensazione di svantaggi, ma prevalentemente di prevenzione del rischio, mediante la salvaguardia e la tutela del benessere individuale e collettivo.

L'area dell'emarginazione rappresenta un osservatorio privilegiato e reale dello stato di malessere della nostra società, dei bisogni emergenti e dell'evolversi degli stessi.

Il dibattito sull'esclusione sociale assume che gli attuali processi di mutamento che investono l'occupazione, la solidarietà familiare e l'intervento pubblico si traducano in un indebolimento delle forme di integrazione sociale che caratterizzano l'era industriale, e che quindi alcuni gruppi di popolazione restino tagliati fuori per un periodo prolungato dai benefici della vita sociale in un circuito perverso cumulativo. I soggetti in difficoltà e socialmente isolati sono, in misura crescente giovani, famiglie monoparentali, senza fissa dimora, anziani non autosufficienti, immigrati intrappolati dal cattivo inserimento nel mercato del lavoro, dall'esclusione dal welfare, dalle difficoltà abitative, dalla discriminazione e dal razzismo. Di fronte a responsabilità insostenibili un numero crescente di reti familiari si spezza o abbandona i soggetti più problematici.

In quest'ottica appare prioritario un progressivo assorbimento della tensione tra autonomia e personalizzazione dell'intervento e necessità di garantire protezione ai soggetti in difficoltà con iniziative sempre più tagliate sui profili specifici dei soggetti stessi e sulla possibilità di attivare effettivamente risorse differenziate di inserimento.

In termini generali si tende a differenziare la cosiddetta povertà assoluta dalla povertà relativa e da quella estrema (senza fissa dimora).

La povertà assoluta è definita rispetto ad una spesa per consumi inferiore al valore monetario di un paniere essenziale di beni e servizi, la povertà relativa viene misurata a partire dai dati sulla spesa per consumo delle famiglie. Secondo questa definizione una famiglia di due persone è povera se ha una spesa per consumo inferiore o uguale al consumo medio pro-capite del paese. Ed infine la condizione di persone senza fissa dimora (povertà estrema) fa riferimento ad almeno tre punti di osservazione che si integrano e si autoalimentano:

- La multidimensionalità, ovvero presenza contemporanea di fattori disagianti, dai bisogni primari (alimentazione, mancanza di casa, vestiario), a condizioni di malattia, dipendenza da alcol o droga, di isolamento dalle reti familiari e sociali, di difficoltà relazionali ecc.
- Progressività del percorso emarginante attraverso un processo di cronicizzazione delle condizioni di disagio.
- Barriere di accesso, ovvero difficoltà nel trovare accoglienza e risposte nei servizi istituzionali, non strutturati per rispondere a fenomeni di emarginazione pluridimensionali.

L'esperienza finora acquisita sollecita interventi di reinserimento, che facendosi carico globalmente della persona, possano avviare il recupero delle funzionalità sociale nel rispetto delle risorse di ciascuno. Anche in quest'area si rileva importante un lavoro di rete tra servizi che favorisca non soltanto la cura, ma anche l'integrazione, l'aggregazione, il senso di appartenenza.

Lo scenario attuale, vede da un lato la presenza di servizi fondamentali, che per anni hanno offerto opportunità concrete di aiuto alla persona e per tale ragione appare importante poterli sostenere e potenziare, dall'altro in modo sempre più specifico, si condivide la necessità del lavoro di rete, pur nella consapevolezza che tale approccio presuppone un'evoluzione radicale nella mentalità operativa di tutti. In questa direzione il lavoro di rete non solo può essere in grado di offrire una pluralità di interventi, di percorsi formativi, di inserimenti sociali, ma il raccordare le offerte costituisce un sostegno nell'azione di orientamento e di accompagnamento della persona in quanto tale.

L'impegno, così inteso, non è solo indirizzato a rispondere a momenti di emergenza, avviando sistemi di intervento, ma anche a dare impulso ad un cambiamento, abbreviandone possibilmente i tempi, sostenendo un forte processo di corresponsabilità territoriale con tutte le associazioni e le organizzazioni che lavorano nel settore, nonché tra loro e il sistema sociosanitario integrato e socio assistenziale pubblico.

Questo è un primo punto fermo: i problemi vanno affrontati con la sinergia delle maggiori forze in campo, sfruttando un surplus di efficacia che si produce dal loro relazionarsi.

Più in generale, gli interventi di contrasto alla povertà riguardano innanzitutto le politiche attive del lavoro, della casa e le politiche formative dove in generale la finalità non è esclusivamente di compensazione di svantaggi, ma prevalentemente di prevenzione del rischio, mediante la salvaguardia e la tutela del benessere individuale e collettivo.

In questo caso diviene fondamentale orientare verso forme di parternariato capace di attivare nuove risorse di sostegno, ma soprattutto interagire con combinazioni di bisogno e preferenze tra loro diversificate.

Si individua quindi un percorso in grado di creare una obbligazione reciproca di beneficiari ed enti erogatori, dove la presenza di strategie informali da una parte e il contributo di enti privati del terzo settore dall'altra divengono gli elementi di rinforzo per rigenerare una rete integrata.

Affrontare in questi termini la questione povertà significa anche affrontare la questione delle modalità di azione. Su questi aspetti, riflessioni teoriche e sperimentazioni pratiche potranno fornire a tutti gli attori, pubblici e privati, più radicate considerazioni.

Ciò che si intende affermare è che risulterà sempre più necessario mettere in atto progetti modulati non solo dal contesto economico e dalle trasformazioni in atto, ma anche dalla specificità di ogni singolo contesto, dove il promuovere l'integrazione tra i servizi e la qualificazione delle prestazioni, passa anche attraverso la partecipazione attiva dei fruitori.

Non si deve dimenticare, tra l'altro, che in Lombardia due comuni stanno sperimentando il Reddito Minimo di Inserimento prevista dal d.lgs. 18 giugno 1998 n. 237 per avviare questa modalità di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale. Il Reddito minimo di inserimento è un passo innovativo e decisivo per la costituzione di un nuovo sistema di welfare e di protezione sociale che, affiancando l'erogazione monetaria ad un progetto individuale di reinserimento sociale, supera la logica elargitiva di tipo assistenziale richiedendo un modello di intervento basato sulla partecipazione attiva del soggetto in stato di bisogno. E' questo un punto qualificante che riconferma il principio dell'autodeterminazione della persona come valore fondamentale nel processo di aiuto e di cambiamento.

Gli obiettivi specifici

- Promozione e sviluppo di una rete integrata dei servizi e degli interventi fortemente collegata alle politiche sociali complessive.

Con tale obiettivo si conferma il ruolo di tutti i soggetti istituzionali territoriali e non con finalità sociali presenti nella realtà lombarda. La loro ragione d'essere, la loro originalità, la professionalità acquisita ne fanno uno strumento qualificato di risposta ai bisogni, in un'area così complessa come quella della povertà. In tale contesto è, altresì, importante tenere conto delle risorse necessarie che le diverse tipologie di povertà richiedono, in particolare, per quanto concerne l'area più strettamente sanitaria e specialistica, quale per esempio, l'esistenza di patologie psichiatriche nell'area della povertà estrema. Il rapporto collaborativo tra soggetti istituzionali e soggetti del terzo settore deve rappresentare, in quest'area, sempre un dato costante e un metodo di azione. E' ritenuto pertanto importante che ogni soggetto operi nella prospettiva di compartecipare: la progettualità comune, le risorse disponibili, le responsabilità in ordine ai risultati attesi finalizzate al conseguimento del previsto obiettivo.

- L'avvio di strategie di intervento integrate da parte di tutti i soggetti che operano nel settore, in una logica di partenariato sociale, tramite l'applicazione degli strumenti definiti dalla normativa vigente, sia in termini di gestione che di investimento (accordo di programma, protocollo d'intesa, ecc.) nell'area della povertà e dell'esclusione sociale, per il miglioramento delle competenze previste.
- La promozione dei servizi pubblici, del privato sociale, del volontariato, costituiscono principi fondamentali per la gestione di interventi e progetti:
 - Il principio di integrazione degli interventi: collaborazione tra più istituzioni, enti pubblici e privati finalizzata all'individuazione anche di un unico progetto integrato per l'area territoriale di riferimento.
 - Il principio di concentrazione degli interventi: avvio di servizi in aree territoriali ritenute prioritarie o per alcuni settori o categorie di destinatari.
- La coerenza, da parte degli enti gestori di intervento, tra la definizione delle risorse necessarie all'attivazione dei progetti e la qualità, la dimensione e la fattibilità dello stesso, al fine di realizzare il migliore utilizzo possibile delle risorse.
- Il concorso in termini di co-finanziamento al costo del progetto.
- Sviluppo dell'autonomia delle persone e di contenimento delle recidive, attraverso iniziative di reinserimento e reintegrazione sociale, abitativa, di formazione professionale, lavorativa, tramite un supporto sociale personalizzato.

Sono finalizzate al conseguimento del previsto obiettivo:

- l'avvio di iniziative progettuali mirate;
- la stabilizzazione di forme di raccordo interdirezionali (Formazione lavoro, Opere pubbliche e politiche abitative, Sanità);
- La promozione di una rete di accoglienza in situazioni di emergenza in modo da garantire una sistemazione alloggiativa e un sostegno sociale con le caratteristiche della dignità. L'accesso ad un alloggio è qui considerato uno degli aspetti principali in qualsiasi processo di inclusione sociale. Esso deve andare di pari passo con l'accesso all'occupazione o formazione, l'accesso ai servizi sanitari e al sostegno economico, senza dimenticare l'accesso alle attività sportive e culturali;
- L'avvio di una ampia e corretta conoscenza dei fenomeni in atto, anche attraverso apposite ricerche esplorative e di approfondimento mirato.

Appare importante, al fine di dare sistematicità all'insieme delle possibili azioni di prevenzione e di contrasto, dotarsi di strumenti e di occasioni di approfondimento specifiche.

L'esclusione sociale è un concetto che può essere definito in riferimento a diversi aspetti:

- la capacità di disporre di beni e servizi ritenuti essenziali;
- la multidimensionalità del tema;
- la partecipazione sociale delle persone;
- il coinvolgimento politico e l'integrazione sociale;
- la dipendenza dall'esclusione sociale di persone, a circostanze e processi che determinano l'incapacità di libera autodeterminazione di aspetti fondamentali della vita;
- la stratificazione a più livelli dei processi di esclusione.

Si tratta, quindi, di una definizione di elevata complessità, la cui applicazione richiede la definizione di indicatori quantitativi che tengano conto adeguatamente dei vari aspetti considerati in relazione poi alla specificità a livello territoriale, che in una prima fase possono essere riferiti a: entità del fenomeno, misure adottate (offerta di servizi e prestazioni), enti e soggetti coinvolti.

Nel proseguo del piano si evidenziano, a riguardo, le azioni prioritarie.

L'IMMIGRAZIONE

I movimenti migratori costituiscono un fenomeno molto visibile nella nostra epoca che hanno aperto la via a scenari evolutivi e a problematiche tanto imprevedute quanto difficili da gestire. La Lombardia si pone come regione leader rispetto alla presenza di immigrati, concentrando nel suo territorio circa il 20% del totale delle presenze a livello nazionale ed evidenziando un tendenziale orientamento ad accrescere la consistenza di tali presenze. A conferma della dimensione strutturale del fenomeno migratorio vi è stato, in quasi tutte le province della Lombardia, un costante aumento della presenza migratoria. I problemi suscitati si rivelano governabili e compatibili con il mantenimento della coesione sociale purché si adottino appropriate politiche pubbliche e si diffondano atteggiamenti culturali capaci di coniugare i principi della legalità democratica con quelli della solidarietà. Il ritardo con cui si è intervenuti nell'attuazione delle politiche in tale materia si è andata progressivamente modificando in senso favorevole. In coerenza con i nuovi dispositivi normativi nazionali la Regione Lombardia è intervenuta attraverso il programma annuale 1998 sull'emergenza immigrati e attraverso il programma pluriennale 1999/2000 per governare il passaggio dall'accoglienza all'integrazione. Il processo attivato ha consentito di:

- ampliare i servizi di prima accoglienza alloggiativa cofinanziando 72 centri di prima e seconda accoglienza nel triennio 1998/2000,

- avviare un sistema di integrazione attraverso la realizzazione di 240 progetti di integrazione;
- promuovere gli osservatori locali per l'immigrazione,
- istituire l'Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità.

Il processo avviato dovrà essere ulteriormente perfezionato al fine di superare la fase dell'emergenza e superare i *nodi critici* derivanti da una programmazione che si è realizzata all'interno di un quadro di riferimento normativo nazionale i cui esiti non sono ancora sufficientemente indagati.

Il Piano regionale degli interventi concernenti l'immigrazione dovrà essere nuovamente migliorato al fine di ridurre le criticità relative alla eccessiva parcellizzazione degli interventi e delle tipologie progettuali, alle disomogeneità progettuali definite per aree provinciali in termini di utilizzo delle risorse disponibili, delle richieste pervenute, della capacità di coinvolgere più soggetti sociali e istituzionali.

Le linee strategiche dell'azione regionale

La Regione intende sviluppare e promuovere una integrazione possibile e ragionevole volta alla tutela dell'integrità della persona per facilitare l'accesso a beni e servizi e, più in generale, condizioni di vita più decorose per gli immigrati. Creare questi presupposti permette la stabilità legale dei cittadini stranieri, riduce il rischio di esclusione e assicura il mantenimento della sicurezza e della stabilità sociale. Le linee dell'azione regionale dovranno contemporaneamente garantire:

1. una forte capacità di superare i *nodi critici* già individuati e non ancora sufficientemente risolti data la difficoltà di operare in un'interazione di possibili conflitti sociali;
2. una obbligata aderenza all'evoluzione che il quadro legislativo e programmatico nazionale e regionale dovrà assumere per completare il suo orizzonte legislativo;
3. la continuità e un nuovo sviluppo alle azioni intraprese e ai relativi connessi strumenti programmatici e gestionali

Gli obiettivi specifici

- 1) Consolidamento degli interventi esistenti e definizione del programma regionale per l'immigrazione. Appare importante in questa fase procedere ad un maggior coordinamento tra le iniziative delle diverse articolazioni del governo regionale e locale al fine di evitare sovrapposizioni, disomogeneità e carenze di intervento che potrebbero derivare dall'oggettiva difficoltà di affrontare un fenomeno impegnativo e in continua evoluzione, oltre che dalla insufficiente consolidata esperienza delle soluzioni praticate. Tale maggior coordinamento dovrà essere sostenuto nelle aree di intervento non ancora particolarmente stabili e in fase di continua evoluzione o fortemente sollecitate dalla domanda:
 - l'area della prima accoglienza e della seconda accoglienza
 - l'area alloggiativa
 - l'area sanitaria
 - l'area del sostegno alla maternità e all'infanzia
 - l'area scolastica, della formazione e del lavoro
 - l'area della mediazione e del sostegno alla cultura di origine
 - l'area dell'informazione e dei servizi per l'immigrazione.

Il piano programmatico dovrà investire *tipologie di offerta* anche in relazione all'evoluzione del quadro legislativo e programmatico nazionale (Documento triennale di programmazione 2001-2003 relativo alla politica dell'immigrazione - Linee guida annuali ministeriali) e *promuovere una rete integrata di servizi individuali e collettivi*.

Sul piano metodologico diventa prioritario l'individuazione di *forme di raccordo stabili per la pianificazione degli interventi a livello territoriale*.

- 2) Garantire pari opportunità di accesso ai servizi e tutelare le differenze. Carattere di priorità dovrà essere riconosciuto all'obiettivo di ridurre le barriere, tanto linguistiche che di carattere culturale. L'esistenza di ostacoli che impediscono la fruibilità dei servizi da parte degli immigrati è particolarmente presente nel settore sanitario e sociale. E' positiva l'esperienza delle aziende ospedaliere San Paolo e San Carlo con i Consulenti della Città di Milano che attraverso il lavoro in rete coniugato con specifiche attività di mediazione culturale ha facilitato la fruizione del servizio da parte dell'utenza straniera. La sperimentazione ha riguardato un percorso finalizzato alla *qualificazione dei servizi* alla persona in termini interculturali e la promozione per lo sviluppo di un supporto di mediazione culturale che ha consentito di superare le difficoltà di comprensione legate non solo alla lingua. In questo ambito saranno sostenuti i processi di miglioramento dei livelli di funzione/prestazione degli operatori e delle istituzioni attraverso la *formazione specifica degli operatori* posti a contatto con l'utenza immigrata e l'individuazione di funzioni specialistiche finalizzate alle *attività di mediazione culturale* nei servizi alla persona.
- 3) Sviluppo delle condizioni di sicurezza e stabilità sociale. Fondamentale importanza rivestiranno nei prossimi anni le misure dirette a "premiare le legalità". A questo scopo gli strumenti da privilegiare sembrano essere il monitoraggio costante sul funzionamento delle misure che regolano il soggiorno, che ne rilevino criticità e l'adozione di misure dirette a realizzare una maggior semplificazione amministrativa. Da una parte costituiranno oggetto di sperimentazione gli sportelli unici per la semplificazione delle pratiche amministrative e per

l'informazione e l'orientamento socioculturale, dall'altra dovrà essere sostenuta la promozione dell'autonomia abitativa attraverso il collegamento con gli enti preposti per le politiche delle casa. Su questa area di intervento dovranno essere ridefinite modalità gestionali che consentano sia il turn over degli ospiti nei centri di prima accoglienza sia misure dirette a facilitare la residenzialità nella fase successiva a quella di prima accoglienza, anche attraverso la promozione di agenzie / servizi di intermediazione per l'accesso al mercato delle abitazioni e progetti di accompagnamento all'acquisto della casa.

- 4) Conoscenza della realtà territoriale e dell'evoluzione del fenomeno migratorio. Appare evidente che i ruoli attribuiti alle regioni non possono prescindere da una conoscenza il più possibile approfondita e realistica delle modalità in cui il fenomeno migratorio si manifesta sul territorio regionale. La criticità attuale è costituita dal fatto che le Regioni intervengono in misura pressoché nulla nella concertazione dei flussi, sia in relazione alle reali possibilità di accoglienza, sia rispetto alle necessità del mondo del lavoro.

E', pertanto, indispensabile affrontare in maniera sistematica le diverse aree di attenzione e monitorare l'evoluzione del fenomeno dell'immigrazione, anche al fine della definizione dei flussi di ingresso attraverso un intervento regionale diretto a livello centrale, integrato da:

- individuazione di ricerche mirate dell'Osservatorio regionale sull'immigrazione in grado di assicurare una analisi tempestiva sulla evoluzione dell'immigrazione in Lombardia e su temi emergenti;
- promozione di forme di raccordo interdirezionali (Formazione lavoro, Culture, Opere pubbliche e politiche abitative, Sanità) al fine di una accoglienza sostenibile;
- raccordo con l'Agenzia del Lavoro per la promozione di una rete per l'orientamento al lavoro e al reinserimento occupazionale e per favorire l'incontro tra domanda ed offerta.

L'AREA PENALE

Linee strategiche dell'azione regionale

In Regione Lombardia vi sono 18 carceri che hanno una "capienza tollerabile" di 6.932 cittadini ristretti nei quali, durante l'anno transitano circa 14.000 detenuti. Oltre ai servizi del Ministero di Giustizia, le aziende sanitarie locali assicurano la presa in carico dei cittadini che si dichiarano tossicodipendenti. Sono attive 13 équipes che giornalmente entrano negli Istituti penitenziari e al 31 dicembre 2000 avevano in carico 3.201 soggetti tossico ed alcolodipendenti.

Si rileva che il 25,92% dei detenuti è tossicodipendente, mentre lo 0,79 è alcolodipendente. L'incidenza di detenuti stranieri è del 31,93% e di questi il 5,97% è anche tossicodipendente.

Sul versante minorile si rileva il seguente dato relativo all'anno 2000:

- il flusso dei detenuti minori in I.P.M. Beccaria n. 379 soggetti
- detenuti italiani n. 75
- detenuti stranieri n. 304

Si rilevano, inoltre, 2915 soggetti minorenni segnalati all'USS: (ufficio servizio sociale per i minorenni/Brescia e Milano) della Giustizia Minorile di cui n. 494 presi in carico dai servizi territoriali. Dei minori segnalati, 1713 sono italiani e 1202 sono nomadi e stranieri.

Benché si sia evidenziata una costante crescita dei minori stranieri denunciati (Fonte: Centro Giustizia Minorile) 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.

Da qui si evidenzia 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.

Si sono evidenziati inoltre n. 546 ingressi al CPA (centro prima accoglienza) in cui vengono accompagnati minori arrestati e fermati. Di questi n. 393 sono stranieri.

All'interno di questo quadro la Regione e il Ministero di Giustizia sono impegnate a realizzare il Protocollo d'intesa decretato il 28 giugno 1999 e quanto dispone il Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n.° 230, in particolare per quanto concerne l'area adulti. Per l'area minorile si fa esplicito riferimento a quanto previsto dal DPR 448/88 recante disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni e dal protocollo di intesa sottoscritto dalla Regione Lombardia e dal Ministero di Giustizia in data 22 febbraio 1999 con riferimento agli impegni assunti nell'area penale minorile.

Gli interventi per l'area adulti, si articolano in:

- intramurari, il cui obiettivo prioritario è la tutela della salute e dei diritti delle persone ristrette negli istituti penitenziari;
- extramurari, il cui obiettivo prioritario diviene lo sviluppo dell'autonomia delle persone e di contenimento delle recidive, attraverso iniziative di reinserimento e reintegrazione sociale, abitativa, di formazione professionale, lavorativa;
- integrazione intra-extramuraria, al fine di garantire livelli di prestazione analoghi a quelli erogati ai cittadini liberi tramite forme di informazione, educazione e sviluppo di responsabilità individuali.

Gli interventi per l'area minori si caratterizzano per:

- peculiarità del processo penale minorile contrassegnato da istanze educative e di aiuto oltre che sanzionatorie e di controllo;
- progressiva riduzione delle misure detentive a fronte di una maggiore consistenza degli interventi a favore dei minori in regime di libertà (area penale esterna) e prima del processo;
- coinvolgimento dei servizi sociali territoriali sia per interventi specifici dell'area penale esterna sia per iniziative a prevalente carattere preventivo rivolto all'utenza giovanile.

Il decreto legislativo n. 230 del 1999, prevede nello specifico che gli obiettivi per la tutela della salute dei detenuti e degli internati siano realizzati dalle aziende sanitarie locali mediante l'individuazione di specifici modelli organizzativi, anche di tipo dipartimentale, differenziati in rapporto alla tipologia e alla consistenza degli istituti penitenziari. In merito a tale disposto sono già state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale le funzioni sanitarie con riferimento ai soli settori della prevenzione ed assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti. La Regione ha attivato le équipes per la presa in carico dei tossicodipendenti, mentre si è in attesa del trasferimento delle risorse del Ministero di Giustizia.

Il passaggio alla Regione delle competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari negli istituti penitenziari ed il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi attualmente non è avvenuto.

Sullo sfondo delle politiche penitenziarie si presentano almeno tre questioni fondamentali:

- l'ambivalenza della pena fra esigenze di esclusione e valenze di riabilitazione;
- l'inadeguatezza strutturale del carcere, per la tutela della salute e per l'attivazione di progetti riabilitativi per talune categorie di soggetti con problematicità multifattoriale;
- la difficile assimilazione culturale dell'idea di un penitenziario inteso come servizio rivolto alla persona.

In linea generale la Regione intende proseguire nella tutela della salute in ambito penitenziario ai fini della rimozione degli ostacoli ambientali ed organizzativi che caratterizzano l'assistenza alla popolazione detenuta attraverso l'attivazione di una rete di presidi e di servizi volti a soddisfare la domanda di assistenza e migliorare la qualità delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, nel rispetto dei principi di unitarietà dei servizi, integrazione dell'assistenza e continuità terapeutica.

In accordo con l'autorità penitenziaria e nel limite del possibile, si vorrebbe realizzare l'applicazione del principio di territorializzazione della pena al fine di rendere il detenuto partecipe e protagonista del proprio inserimento sociale, attraverso la sua adesione alle attività di trattamento in un itinerario progressivo e il coinvolgimento anche dei nuclei familiari.

Gli obiettivi specifici

Area Adulti

1. Potenziamento della rete di intervento a favore di detenuti nella fase intramuraria con particolare attenzione all'assistenza ai detenuti tossicodipendenti e alcooldipendenti sia essi adulti che minori.

Appare importante in questa fase procedere ad una maggiore stabilizzazione organizzativa anche attraverso la definizione di linee guida, procedure e protocolli per rendere sempre più fruibili i diversi servizi erogati. Occorre proseguire nell'individuazione di forme di accompagnamento mirate al consolidamento della rete, in termini di integrazione delle figure professionali delle varie istituzioni. Con questa scelta si intende giungere anche un miglioramento della raccolta di informazioni sulle diverse azioni intraprese in termini quali e quantitativi.

In particolare poi, a decorrere dal gennaio 2000, sono state trasferite al SSN le funzioni sanitarie svolte dalle Amministrazioni Penitenziarie con riferimento ai soli settori della Prevenzione e assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti. Il passaggio impone alle ASL ed agli Istituti Penitenziari di coordinare le proprie azioni per ricercare soluzioni operative, che consentano di:

- assicurare l'attuazione della normativa;
- giungere ad una progressiva riorganizzazione del settore;
- evitare discontinuità nell'assistenza ai detenuti tossico/alcooldipendenti;
- garantire il raccordo con:
 - il servizio sanitario penitenziario per la gestione dei casi che si presentano al di fuori dell'operatività dell'équipe: i cosiddetti nuovi ingressi;
 - il servizio infermieristico penitenziario per la somministrazione di farmaci, presso le sezioni, per gli utenti in trattamento non pervenuti nell'orario di attività del personale medico o infermieristico dell'équipe;
 - l'ente locale ed il cooperativismo sociale per ciò che riguarda il reinserimento sociale e lavorativo;
- superare l'emergenza infermieristica che colpisce la gran parte delle carceri lombarde studiando:
 - forme di incentivi che rendano maggiormente attrattivo, dal punto di vista economico la professione infermieristica all'interno dei penitenziari;

- proposte mirate che spingano le ASL a realizzare convenzioni con le direzioni carcerarie per garantire le prestazioni infermieristiche necessarie. Gli oneri aggiuntivi sono coperti dal Ministero di Grazia e Giustizia.
2. Incremento e sviluppo degli interventi di sostegno a favore dei soggetti sottoposti a misure alternative alla detenzione in raccordo con l'autorità giudiziaria competente, i servizi del territorio, gli EE.LL., le forze del volontariato e del privato sociale, attraverso:
- promozione di forme di cooperazione tra i diversi livelli istituzionali che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete;
 - finanziamento di progetti mirati tramite forme di raccordo interdirezionali (Formazione lavoro, Opere pubbliche e politiche abitative, Sanità);
 - aggiornamento del personale pubblico e privato;
 - definizione di azioni integrate e coordinate dei soggetti pubblici, delle imprese private, delle cooperative di lavoro.
3. Sostegno a forme di reinserimento sociale dando vita a progetti che prevedono:
- promozione di forme di cooperazione tra i diversi livelli istituzionali che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete;
 - finanziamento di progetti mirati tramite forme di raccordo interdirezionali (Formazione lavoro, Opere pubbliche e politiche abitative, Sanità);
 - aggiornamento del personale pubblico e privato;
 - definizione di azioni integrate e coordinate dei soggetti pubblici, delle imprese private, delle cooperative di lavoro.

Area minori

- Consolidamento del coordinamento tra i Servizi della Giustizia Minorile ed i Servizi sociali territoriali e sostegno al reperimento di ulteriori offerte residenziali a prevalente valenza terapeutica, idonee alla presa in carico di minori che presentano una sintomatologia di sofferenza psichica, attraverso l'ampliamento di progetti assistenziali personalizzati, già sperimentati da comunità che accolgono minori in età adolescenziale e post adolescenziale sottoposti a procedimento penale;
- sostegno allo sviluppo di progetti sperimentali compreso quello della mediazione penale minorile per superare la visione del reato quale atto isolato;
- monitoraggio e approfondimento conoscitivo del fenomeno, anche attraverso l'individuazione di strumenti per la valutazione degli interventi realizzati dai servizi.

I PROGETTI INNOVATIVI

Accanto ai progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (art. 1, comma 34 e 34 bis della legge 662/1996) che, data l'importanza strategica dei temi trattati, proseguiranno nel triennio 2002-2004, nell'ambito degli obiettivi di salute descritti nella parte precedente (screening, day surgery; messa in rete dei servizi di assistenza domiciliare; miglioramento dell'assistenza a favore dei soggetti affetti da malattie mentali), sono individuati i seguenti progetti innovativi:

1. Valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse umane

Richiamate le argomentazioni già esplicitate nella parte I del presente documento, si conferma l'esigenza di realizzare alcuni progetti innovativi volti alla:

- revisione e razionalizzazione organizzativa, con particolare riferimento all'ambito assistenziale, con l'intento di ridefinire i ruoli, le funzioni e gli ambiti di responsabilità del personale delle professioni sanitarie di assistenza, di supporto ed ausiliario con la conseguenza di realizzare le innovazioni introdotte dalla L. 251/00 perseguendo una maggiore efficienza dei percorsi;
- valorizzazione delle risorse umane, anche mediante la riappropriazione di funzioni di programmazione e controllo del lavoro da parte degli operatori;
- utilizzazione di strumenti contrattuali innovativi che favoriscono il processo di aziendalizzazione;
- promozione delle professionalità di difficile reclutamento sul mercato del lavoro.

Nell'ambito del personale del comparto sanità le iniziative da realizzare risultano essere quelle che seguono.

99 - Supporto alla pianificazione, programmazione e monitoraggio degli interventi riguardanti le professioni sanitarie e valorizzazione delle risorse umane

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
99.Gru1	Gestione Risorse Umane	“Osservatorio delle professioni sanitarie”	Creazione di una sede permanente di studio, di sperimentazione e di confronto pubblico/privato in ordine ai temi riguardanti le professioni sanitarie	Atto di istituzione dell'osservatorio entro il 30/12/2002 Progetti di studio/sperimentazione elaborati entro il 31/12/2003
99.Gru2	Gestione Risorse Umane	Dirigenza infermieristica e ostetrica	Predisposizione di linee guida per il l'attribuzione di responsabilità dirigenziali in ambito assistenziale	Definizione mission e responsabilità entro il 30/6/2002
99.Gru3	Gestione Risorse Umane	Fabbisogno regionale di OSS e piano pluriennale di qualificazione/riqualificazione	Inserimento nel percorso assistenziale di una figura qualificata di supporto all'assistenza (OSS) e riqualificazione del personale ausiliario	Avvio dei corsi OSS entro il 30/6/2002 e verifica attuazione piano entro il 31/12/2002
99.Gru4	Gestione Risorse Umane	Modelli di assistenza che prevedono il coinvolgimento di tutte le aree professionali	Ridefinizione dei ruoli e delle funzioni degli operatori sanitari, di supporto ed ausiliari e successivo studio e sperimentazione di modelli assistenziali innovativi.	Adozione di linee guida in materia di modelli assistenziali entro 31/12/2003
99.Gru5	Gestione Risorse Umane	Definizione di ambiti organizzativi con svolgimento di funzioni ad elevata responsabilità	Individuazione e graduazione delle posizioni organizzative e attribuzione delle relative responsabilità in base ad un procedimento regolamentato	Effettuazione valutazione individuale dei titolari di posizione organizzativa entro il 31/12/2002
99.Gru6	Gestione Risorse Umane	Interventi a sostegno delle immatricolazioni universitarie	Sostegno economico alle immatricolazioni e attribuzione borse di studio agli studenti universitari	Assegni di studio e borse di studio erogate

Nell'area contrattuale della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnico ed amministrativa l'impegno progettuale maggiore deve tendere alla creazione di un sistema di valutazione permanente. La valutazione, insieme alla programmazione, al reclutamento, alla selezione, alla formazione ed ai sistemi di carriera, è un meccanismo operativo del personale che consiste nel processo di confronto tra i comportamenti aziendali attesi, sulla base delle finalità e/o degli obiettivi dichiarati dall'azienda, e quelli messi in atto dal personale dipendente, costituendo un elemento a supporto della crescita professionale delle risorse umane.

La valutazione del personale ha acquistato nella recente normativa un ruolo sempre maggiore, in coerenza con i principi di privatizzazione del rapporto di lavoro, di responsabilizzazione dei dipendenti pubblici e di migliore utilizzazione delle risorse umane, costituendo l'oggetto di numerosi interventi legislativi (d.lgs. 29/93, d.lgs. 80/98, d.lgs. 502/92, CC.CC.NN.LL., ecc.).

Preliminarmente va rilevato che l'avvio di un sistema di valutazione permanente del personale parte necessariamente da alcune condizioni organizzative preesistenti 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 e l'assegnazione di obiettivi di budget e la loro verifica mediante indicatori predefiniti.

Quanto sopra anche in considerazione che qualsiasi strategia aziendale mirata allo sviluppo ed alla valorizzazione delle risorse umane è strettamente collegata alla realizzazione di una serie di interventi interdipendenti quali: l'analisi e la progettazione del sistema organizzativo, la definizione di precise aree di responsabilità lavorativa, tecnico-specialistica o di gestione (risorse umane e strumentali), la valutazione delle prestazioni e del potenziale, la retribuzione ed i sistemi premianti.

La valutazione della dirigenza, oltre al mero adempimento contrattuale, 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 si configura anche come una delle leve per affrontare i processi di cambiamento, sia di riorganizzazione che di ristrutturazione, mediante l'accrescimento in capo a tutto il personale di un forte orientamento al raggiungimento dei risultati, assumendo un ruolo attivo nel processo di aziendalizzazione.

Fatte tali premesse le aziende sanitarie devono proseguire nella costruzione del modello di valutazione della dirigenza individuando preventivamente i valori considerati prioritari nella vita aziendale e facendoli diventare i temi su cui sviluppare il sistema di valutazione e su cui innestare un confronto con il personale. 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, 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 approvato e condiviso dalla dirigenza risultando pertanto essenziale la formazione dei valutatori e dei valutati per la condivisione del modello, la comprensione dello strumento di valutazione aziendale, la garanzia di uniformità di comportamenti e la promozione di un percorso condiviso.

100 - Responsabilizzazione della dirigenza e suo coinvolgimento nei processi di aziendalizzazione.

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
100.Gru1	Gestione Risorse Umane	Individuazione di responsabilità gestionali e professionali in coerenza con i modelli organizzativi aziendali e con i piani di attività e successiva valutazione.	Costruzione di un sistema di valutazione permanente dei risultati lavorativi e delle capacità e competenze della dirigenza	Sperimentazioni avviate entro il 31/12/2002 e messa a regime dei sistemi valutativi entro il 31/12/2003

Le azioni da realizzare a supporto della "azione chiave" sono:

- individuazione degli ambiti di valutazione;
- verifica delle condizioni organizzative per l'avvio della valutazione;
- collegamento della valutazione ai percorsi di carriera e di sviluppo professionale;
- collegamento della valutazione agli istituti premianti;
- individuazione della "piramide valutativa" (soggetti valutatori);
- individuazione della metodologia/strumenti di valutazione;
- definizione della tempistica della valutazione;
- realizzazione di iniziative formative per la diffusione e la condivisione del sistema di valutazione permanente.

2. L'educazione sanitaria

In una politica sanitaria regionale sempre più vista come politica della salute incentrata sul cittadino non può essere trascurata la promozione della salute.

La Regione ha sviluppato una strategia di promozione della salute in linea con i principi della "Carta di Ottawa" elaborando il progetto "Il Graal della salute" che investe le logiche organizzative delle strutture sanitarie e le dinamiche dei flussi informativi e delle relazioni con l'obiettivo di contribuire allo sviluppo dell'*empowerment*, quel processo sociale, culturale, psicologico, educativo e politico attraverso il quale i cittadini e i gruppi sociali diventano capaci di riconoscere i propri bisogni di salute, partecipano ai processi decisionali e realizzano specifiche azioni per soddisfare tali bisogni. La realizzazione di questo progetto rientra in quello globale di comunicazione sociosanitaria promosso

dalla Direzione Generale Sanità e dalla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale con lo scopo di promuovere e sviluppare le attività di educazione e prevenzione sociosanitaria e di informazione sull'offerta dei servizi sociosanitari della Regione Lombardia in linea con le strategie delineate dal PRS e dal Documento di Programmazione Economico Finanziaria Regionale 2001-2003 (DPEFR). Esso deve tendere a recuperare la profonda crisi del rapporto tra cittadino e organizzazioni pubbliche in senso lato, in cui si inserisce anche il rapporto fiduciario tra medico e paziente, al fine di ottenere il coinvolgimento attivo dei destinatari dell'azione e cioè dei soggetti prioritari del Servizio Sanitario.

Obiettivi

La DG Sanità ha individuato i seguenti obiettivi prioritari:

1. informare e formare i cittadini sui fattori di rischio individuali a cui essi sono quotidianamente esposti per l'azione di uno o più fattori di nocività correlate ad una scorretta alimentazione, alla sedentarietà, all'abuso di alcool e al fumo, allo scorretto uso dei farmaci anche adoperati impropriamente nello sport (doping);
2. favorire lo sviluppo di opinioni in merito ai temi propri della educazione alla salute;
3. informare e formare gli operatori sociosanitari e i cittadini sul corretto uso dei servizi offerti dal SSR ed in particolare all'emergenza-urgenza;
4. promuovere l'autodeterminazione e quindi rendere più probabili i cambiamenti verso stili di vita coerenti con i principi della promozione della salute;
5. promuovere la cultura della donazione di organi e tessuti sia nella popolazione sia negli operatori sanitari;
6. creare ambienti favorevoli alla salute promuovendo specifici interventi in alcuni ambienti che risultano importanti nel determinare i livelli di salute di una popolazione come gli ambienti di lavoro e gli ospedali tramite la partecipazione alla rete internazionale Internazionale "Health Promoting Hospitals" promossa dall'OMS;
7. promuovere una cultura dello sport e dell'attività motoria in genere quale elemento di ottenimento e di conservazione di un corretto stato di salute psico-fisica sociale con particolare riguardo per l'età evolutiva.
8. Informare e formare i cittadini e gli operatori sanitari sui fattori di rischio, le modalità di diagnosi precoce, di prevenzione farmacologica e non, di una malattia cronica di elevato impatto sociale come l'osteoporosi. Saranno definite, con il supporto di un gruppo di lavoro ad hoc, le linee guida di intervento, le strutture sanitarie e programmi pilota per la sperimentazione e l'implementazione delle linee guida.

Target su cui sviluppare le azioni:

- livelli direttivi delle strutture sociali e sanitarie;
- operatori sociosanitari;
- opinion leader;
- enti, scuole e istituzioni educative;
- bambini, adolescenti, donne giovani;
- chiese e oratori;
- anziani;
- ordini professionali;
- farmacie;
- Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e loro studi professionali;
- Società sportive e Associazioni finalizzate alla promozione dello sport e delle attività motorie.

101 - Sviluppo della funzione trasversale di educazione sanitaria e promozione della salute

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
101.P1	Prevenzione Assistenza distrettuale	Linee guida di educazione sanitaria e schede di rilevazione progetti	Costituzione di gruppi di lavoro regionali	N. ASL che utilizzano gli strumenti
101.P2	Prevenzione Assistenza distrettuale	Programma annuale del Comitato Tecnico Scientifico delle attività di educazione alla salute	Corsi di formazione degli operatori socio sanitari ASL	N. progetti realizzati dagli operatori e metodologicamente corretti
101.P3	Prevenzione Assistenza distrettuale	Programma annuale del Comitato Tecnico Scientifico delle attività di educazione alla salute	Costruzione di una rete informativa dei centri di documentazione	n. dei centri di documentazione ASL collegati tra loro e con altre banche dati
101.P4	Prevenzione Assistenza distrettuale	Piano annuale di comunicazione sociosanitaria	Elaborazione di una strategia di educazione alla salute condivisa su corretta alimentazione, alcool, fumo, stili di vita, corretto uso dei farmaci	n. eventi e n. questionari e indagini a campione diretti a cogliere il modificarsi della cultura e delle opinioni della popolazione per il monitoraggio del risultato delle azioni

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
101.P5	Prevenzione Assistenza distrettuale	Piano annuale di comunicazione sociosanitaria	Campagna di informazione/educazione alla popolazione sul corretto uso dei servizi offerti dal SSR ed in particolare dell'emergenza-urgenza	n. eventi e n. questionari e indagini a campione diretti a cogliere il modificarsi della cultura e delle opinioni della popolazione per il monitoraggio del risultato delle azioni
101.P6	Prevenzione Assistenza distrettuale	Piano annuale di comunicazione sociosanitaria	Corsi di formazione agli operatori sociosanitari per implementazione di una cultura sulla donazione organi	% di aumento dei trapianti in seguito a donazione
101.P7	Prevenzione Assistenza distrettuale	Programma annuale della Direzione Scientifica HPH	Corsi di formazione dei coordinatori locali HPH e responsabili di progetto	% di progetti realizzati dalle strutture ospedaliere
101.P8	Prevenzione Assistenza distrettuale	Rete HPH	Implementazione della rete hph in sito internet per favorire l'informazione e lo scambio di esperienze	% strutture ospedaliere che hanno attivato una home page hph e link con sito regionale hph
101.P9	Prevenzione Assistenza distrettuale	Rete HPH	Supporto alle strutture ospedaliere per incrementare lo sviluppo di progetti HPH interaziendali	% di progetti interaziendali avviati
101.P10	Prevenzione Assistenza distrettuale	Utilizzo della medicina sportiva per la promozione della salute	Incremento dell'educazione sanitaria, della diffusione delle attività motorie come forme di prevenzione di alcune patologie ad alto impatto sociale	n. progetti di educazione sanitaria legati alla promozione dell'attività sportiva
101.P11	Prevenzione Assistenza distrettuale	Incentivazione con programma sperimentale triennale della certificazione alla pratica sportiva agonistica nei soggetti di minore età.	Elaborazione da parte della DGR Sanità di un progetto tendente a favorire l'accesso alle visite di medicina dello sport per i soggetti minori in modo coordinato e finalizzato all'osservatorio dello stato di salute e delle abitudini di vita nonché alla lotta e prevenzione all'uso di doping.	n. progetti realizzati dai Servizi di Medicina dello sport e lotta al doping delle ASL che coinvolgano anche le strutture pubbliche e private idonee operanti nel loro territorio.

3. La qualità e l'accreditamento

Un aspetto importante che ha contraddistinto l'applicazione della l.r. 31/97 è stata l'attenzione posta sulla qualità del servizio reso al cittadino, implementando a livello aziendale dei progetti sulla qualità, resa e percepita, in grado di sensibilizzare e di formare gli operatori e di creare un impatto positivo nei confronti dell'utenza. In altri termini la Regione si è impegnata per migliorare la qualità dell'assistenza ponendo particolare attenzione sia all'efficacia dei trattamenti, e quindi monitorandone gli esiti, sia alla soddisfazione dell'utente, in tutti i suoi molteplici aspetti. Tutte queste tematiche la Regione Lombardia le ha affrontate in maniera approfondita, delineando degli indirizzi e regolando, di fatto, il sistema. Il processo di accreditamento è stato impostato secondo quanto definito dalla l.r. 31/97 ed è stato il punto di partenza per gli approfondimenti sul tema che si sono sviluppati in questi anni. In passato, in Regione Lombardia, per ogni tipologia di struttura, dal ricovero e cura all'attività ambulatoriale, erano diverse le leggi regionali che regolamentavano la materia, e solo con la legge regionale n.15/99 e con la successiva pubblicazione della delibera 3312/01, che ne ha definito le procedure attuative è stato possibile unificare e semplificare i percorsi che d'ora in avanti riguarderanno nello stesso modo, con le stesse regole e le medesime previsioni, sia le strutture sanitarie di diritto privato che quelle di diritto pubblico. La previsione normativa regionale riserva il regime autorizzativo a quelle strutture per le quali effettivamente l'autorizzazione all'esercizio costituisce maggior tutela degli assistiti, gli studi professionali rientrano invece in quella tipologia di attività sanitaria per la quale non è previsto il vincolo normativo dell'autorizzazione all'esercizio, quando le prestazioni erogate non determinino procedure diagnostiche terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente. Per l'attività odontoiatrica è stato previsto un regime autorizzativo, caratterizzato da requisiti propri quando le prestazioni erogate siano riconducibili esclusivamente alla branca specialistica di odontoiatria. In tutti i casi sopra menzionati, tranne quello dell'attività odontoiatrica monospecialistica, i requisiti che le strutture dovranno possedere per poter essere autorizzate rimangono quelli definiti dal DPR 14.1.97 per le diverse tipologie di attività. Parimenti è in corso una revisione delle procedure di

autorizzazione al funzionamento delle strutture socio-sanitarie: gli Istituti di Riabilitazione (IDR), ex art. 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, verranno ricondotti allo stesso sistema autorizzativo previsto per la riabilitazione intraospedaliera mentre per le Residenze sanitario-assistenziali (RSA) è già stato emanato il provvedimento regionale (DGR del 14 dicembre 2001, n. 7435) per l'adeguamento ai requisiti minimi previsti dal DPR 14 gennaio 1997. Nel giugno 2001 la Regione Lombardia ha introdotto per la prima volta nella tipologia di offerta delle proprie strutture sanitarie, la proposta di strutture di ricovero e cura esclusivamente a carattere diurno, modello assistenziale già molto diffuso nel sistema socio-sanitario e socio-assistenziale; la scelta di collocare esternamente alla struttura di ricovero ospedaliero e di rendere quindi autonome le strutture di ricovero a ciclo diurno deriva direttamente dall'evoluzione della pratica clinico diagnostica e dalla considerazione che, a parità di efficacia dell'intervento sanitario, il ricovero per il solo periodo diurno consente la diversificazione della funzione ospedaliera permettendo una maggiore flessibilità ed un utilizzo più razionale delle risorse.

Il percorso autorizzativo previsto per le nuove strutture di ricovero a ciclo diurno rimane quello stabilito per le altre tipologie di strutture sanitarie, ed i requisiti che le strutture di ricovero diurno dovranno possedere sono gli stessi previsti per la medesima attività erogata in ambito ospedaliero.

L'attivazione di queste nuove strutture di ricovero a ciclo diurno, esterne alla struttura ospedaliera è subordinata ad un collegamento funzionale ed organizzativo con una struttura sede di DEA o EAS per la gestione delle emergenze urgenze e che possa garantire il ricovero ordinario del paziente ogni qualvolta questo si renda necessario. La delibera 38133 del 6 agosto 1998 oltre a recepire il DPR 14.1.97 ha stabilito gli ulteriori requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie, dando così avvio al processo di accreditamento in Regione Lombardia. Saranno inoltre definiti gli ulteriori requisiti di accreditamento delle RSA, oltre a recepire quelli contenuti nel DPR 14/1/97, dando così l'avvio al nuovo sistema di accreditamento del sistema socio-sanitario e socio-assistenziale, che contempererà anche i requisiti per l'assistenza a ciclo diurno e domiciliare. I requisiti stabiliti nella citata delibera non sono da considerare come "requisiti aggiuntivi" rispetto a quelli minimi stabiliti dall'atto di indirizzo nazionale, ma sono da intendere come elementi essenziali rispetto alla definizione regionale dei livelli di assistenza.

Nel contesto del Sistema Sanitario Regionale l'accreditamento si configura come una delle "regole degli scambi" e stabilisce il livello di sicurezza e tutela del cittadino che si affida a soggetti interlocutori del Sistema Sanitario Regionale, mentre il sistema autorizzativo che fa riferimento ai requisiti minimi del DPR 14.1.97 rappresenta la soglia di garanzia al di sotto della quale non è concessa facoltà di esercitare attività sanitaria e socio-sanitaria.

L'accreditamento è quindi un processo attraverso il quale le strutture, sia di diritto pubblico che di diritto privato, acquisiscono lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni per conto del Sistema Sanitario Regionale. L'accreditamento delle strutture sanitarie, che ha permesso di iscrivere nel registro regionale circa 700 strutture, costituisce solo un segmento, fondamentale ed imprescindibile, all'interno del percorso che conduce all'instaurazione di un rapporto tra il soggetto che offre una prestazione sanitaria ed il Sistema Sanitario Regionale che l'acquista per conto del paziente; si tratta quindi di un processo che cambia lo stato del richiedente da soggetto autorizzato ad esercitare attività sanitarie a quello di idoneo a prestare tali attività per conto del Sistema Sanitario Regionale e pertanto potenziale erogatore; solo in seguito il soggetto è infine abilitato, attraverso la stipula di precisi accordi contrattuali, a fornire prestazioni sanitarie a carico del Sistema Sanitario Regionale.

La l.r. 31/97, che ha permesso di procedere verso il processo dell'accreditamento delle strutture sanitarie, pubbliche e private, ha sancito anche l'introduzione nelle stesse di sistemi di verifica e di controllo della qualità delle prestazioni e dell'efficienza delle risorse finanziarie. La norma ha previsto inoltre che le aziende sanitarie devono assicurare lo svolgimento di tutte le attività necessarie per la produzione, l'erogazione e il controllo di prestazioni e di servizi secondo le norme ISO 9000. Per realizzare questo progetto la Direzione Generale Sanità ha provveduto ad istituire l'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari, in modo da organizzare e coordinare la promozione, l'introduzione e la valutazione di sistemi qualità nelle strutture sanitarie.

L'Osservatorio Regionale è costituito da:

- Regione Lombardia – Direzione Generale Sanità, Ente promotore;
- Università degli Studi di Milano tramite il Centro di Ricerca Interuniversitario sui Servizi di pubblica utilità alla Persona (CRISP), centro nato in base all'art.91 del DPR 382/80 attraverso la convenzione tra Università degli Studi di Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, Università Commerciale L. Bocconi di Milano e Università degli Studi di Bologna, con sede presso l'Università degli Studi di Milano-sede della Bicocca;
- UNI, Ente nazionale italiano di unificazione.
- L'Osservatorio Regionale ha supportato la Direzione Generale Sanità nell'elaborazione e nell'attuazione della DGR 46582 del 26/11/99 "Individuazione delle aree e dei primi indicatori per l'attuazione del sistema qualità nelle strutture sanitarie lombarde (l.r. 31/97, art. 13); approvazione della procedura di riparto dei finanziamenti alle aziende sanitarie pubbliche per l'introduzione e lo sviluppo di sistemi di qualità aziendali" che ha individuato le aree di sviluppo del sistema qualità in Regione Lombardia, ed i relativi contributi economici per le strutture sanitarie pubbliche che si sono impegnate in progetti di miglioramento della qualità nelle aree d'intervento individuate come riferimento dalla Regione Lombardia ed elencate di seguito:
 - indicatori di struttura: il riferimento è costituito dai requisiti strutturali previsti dalla DGR 38133/98 sull'accreditamento;

- indicatori di processo: è indicata la certificazione, secondo le norme ISO 9000, come la strada da percorrere, secondo quanto sancito dalla l.r. 31/97 all'art. 13, sono definite le aree prioritarie d'intervento verso le quali le strutture sanitarie sono state chiamate ad impegnarsi;
- indicatori di attività e di risultato: sono stati definiti una serie di indicatori generali per l'attività dello stabilimento ospedaliero, specifici per l'attività di alcune unità operative e di risultato per la struttura;
- rilevazione della soddisfazione all'utenza: sono definite le linee guida per l'approccio da parte delle strutture sanitarie alla problematica ed, inoltre, è stato indicato un questionario tipo con le informazioni minime che le strutture rilevano per descrivere il grado di soddisfazione dell'utenza.

La DGR n. VII/46582/99 ha permesso inoltre di finanziare dei progetti che le strutture pubbliche hanno presentato per implementare il sistema qualità aziendale, della durata di circa 18 mesi, per un ammontare di circa 40 miliardi del quale il 50% è stato cofinanziato dalle aziende sanitarie. La DGR n. VII/3141 del 19.1.2001 ha ridefinito le strategie della Regione Lombardia per quanto riguarda il sistema qualità. Infatti il processo di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, oggetto di continuo aggiornamento e monitoraggio, costituisce il primo passo di questo approccio ed è parte integrante di questo sistema. Sono, infatti, presenti ulteriori aspetti che caratterizzano il tema qualità nelle strutture sanitarie verso i quali è necessario rivolgersi con attenzione per assicurare il corretto e tempestivo sviluppo dei provvedimenti da attuare. L'esigenza attuale è quella di cercare di coniugare tutti gli aspetti sopra riportati, traendone dati che possono essere in grado di costituire informazioni per supportare le scelte ai fini programmatori e valutativi. L'azienda sanitaria rappresenta il luogo dove si sviluppa il sistema di qualità, con un proprio rappresentante interno e con la diretta responsabilizzazione della direzione strategica che deve promuovere iniziative e supportare quelle esistenti. Attraverso l'applicazione del sistema di gestione per la qualità vanno ricercati i contenuti di qualità di tutte le attività che si svolgono all'interno e verso l'esterno come elementi qualificanti e differenzianti la propria organizzazione: in questo modo è possibile colmare le lacune, correggere gli errori ed arrivare alla condivisione degli obiettivi di risultato. L'applicazione dei principi del sistema di gestione non solo provvede a benefici diretti sul raggiungimento degli obiettivi di mantenimento e miglioramento delle capacità e delle prestazioni, ma fornisce anche un consistente contributo al controllo dei costi ed alla riduzione dei rischi.

102 - Sviluppare l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
102.Q1	Qualità	Standard	Sviluppo criteri	Produzione provvedimento

Lo sviluppo del sistema di accreditamento istituzionale è inteso come la base per modificare e sviluppare alcuni standard che descrivano meglio la cura svolta nei confronti del paziente e l'organizzazione esistente. Si tratta di individuare alcuni standard maggiormente specifici per rappresentare la realtà sanitarie che non vanno ad interferire con la possibilità di erogare attività per il SSR ma permettono l'identificazione di strutture che presentano performance migliori dal punto vista qualitativo, ipotizzando un innalzamento progressivo degli standard di accreditamento. Una tematica da approfondire è la possibilità di affiancare agli attuali requisiti "oggettivi" di conformità richiesti per le strutture alcuni parametri "soggettivi" che meglio identifichino il soggetto giuridico della struttura che vuole svolgere attività a carico del SSR, in modo da avere maggiori garanzie. Inoltre sarà da valutare la possibilità di superare la coincidenza della titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento, in modo da favorire gli ambiti di collaborazione tra diversi soggetti giuridici e di snellire le procedure amministrative.

103 - Sperimentare l'accreditamento professionale

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
103.Q1	Qualità	Progetto	Sviluppo indicatori	Utilizzo indicatori ai fini valutativi

L'accreditamento rivolto ai professionisti è uno degli argomenti sul quale fervono ampie discussioni supportate anche dalle società scientifiche che giocano un ruolo fondamentale nello sviluppo di tale tematica, che comporta il superamento dei criteri di accreditamento istituzionale classico e che indirizza verso il miglioramento continuo della qualità delle capacità e delle conoscenze dei professionisti. Naturalmente tale processo ha una natura completamente diversa dall'accreditamento istituzionale, per finalità e per gli aspetti volontaristici che lo contraddistinguono. Su questo tema sono in corso degli approfondimenti, cercando di promuovere iniziative che permettano un approccio sistematico alla problematica, evitando sviluppi personalistici delle varie professioni interessate. Si tratta di sperimentare progetti per valutare la rilevanza di un sistema di accreditamento professionale degli operatori sanitari, in modo da poter introdurre, per ambiti selezionati, criteri per analizzare la risorsa umana e il suo efficiente utilizzo.

104 - Attuare l'accreditamento all'eccellenza

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
104.Q1	Qualità	Standard e indicatori per valutazione aree di eccellenza	Sviluppo requisiti	Individuazione standard ed indicatori

Un altro tema da approfondire è costituito dai termini "accreditamento all'eccellenza" delle strutture sanitarie, ovvero raggiungere i massimi risultati potenzialmente ottenibili dalla Struttura in accreditamento. L'esperienza più consolidata

in questo campo è rappresentata da quella americana attuata dalla Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) che attualmente accredita l'80% delle strutture di ricovero e cura in USA. L'esperienza di "accreditamento per l'eccellenza" sviluppata negli Stati Uniti si incentra essenzialmente su un sistema che si propone di attribuire agli ospedali dei giudizi di valore che consentano di valutare l'efficacia sanitaria delle performance ospedaliere, con particolare attenzione all'esito delle prestazioni sanitarie erogate. Si sta sperimentando questa esperienza in alcune strutture sanitarie della Regione Lombardia, in collaborazione con la Joint Commission International Accreditation, che è l'organismo della JCAHO che cerca di approfondire tale argomento a livello internazionale. La finalità è quella di valutare l'impatto nelle strutture sanitarie di una metodica diversa di approccio alla qualità rispetto a quelle fino ad ora utilizzate, al fine di diffondere cultura a livello aziendale, di poter assumere informazioni utili per lo sviluppo del processo di accreditamento e di ottenere elementi per la valutazione delle aziende. L'obiettivo della collaborazione con la JCI è anche quello di assistere le strutture sanitarie nel processo di identificazione e sviluppo degli indicatori di performance nonché nello sviluppo di un progetto di miglioramento delle performance aziendali, fornendo un progetto di formazione, valutazione e assistenza tecnica rivolto alla azienda al fine di definire un sistema di miglioramento delle performance coerente e sostenibile basato sugli standard internazionali della Joint Commission.

105 - Attivare l'accreditamento istituzionale delle strutture socio-sanitarie

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
105.Q1	Qualità	Standard	Sviluppo criteri	Produzione provvedimento

Per quanto riguarda le strutture sociosanitarie, l'introduzione di requisiti di qualità di struttura, processo ed esito, obbligatori per l'accreditamento delle RSA, è recentissima. Fino all'anno 2000 i requisiti per l'accreditamento delle RSA e per poche altre strutture socio-assistenziali si limitavano a degli standard gestionali, controllati dalle AA.SS.LL.. La Regione ha sempre monitorato alcuni aspetti qualitativi dell'assistenza, contenuti nelle schede di rendicontazione annuale, che non hanno mai costituito requisito obbligatorio, né mai sono stati sottoposti a controllo. Il nuovo processo di accreditamento che verrà completato nel triennio, ripercorre la via intrapresa per le strutture sanitarie, con una particolare attenzione alla rilevazione del bisogno assistenziale dell'ospite ed al debito informativo connesso.

106 - Certificare le strutture sanitarie

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
106.Q1	Qualità	Norme Vision 2000	Attuazione sistema qualità sec. Norme ISO	Numero delle UO certificate ISO 9000

Un importante aspetto dell'esperienza lombarda sulla qualità è rivestita dalla certificazione secondo le norme ISO; infatti, a partire dalla l.r. 31/97 fino all'attuazione dei progetti qualità finanziati in parte dalla Regione, la certificazione ha rappresentato e rappresenta un punto fondamentale per lo sviluppo del sistema di qualità aziendale. Le norme UNI EN ISO 9001:2000 permette, senza rigidi schemi di comportamento, lo sviluppo e l'attuazione di un Sistema di Gestione per la qualità di cui ogni organizzazione intende dotarsi iniziando dalla definizione dei livelli di qualità delle specifiche del prodotto (prestazione sanitaria) e del servizio (processo di erogazione), le modalità attraverso le quali raggiungere i livelli attesi e le modalità per la verifica della soddisfazione dei clienti utilizzatori del prodotto e fruitori del servizio, le misurazioni e l'analisi dei dati. Secondo la nuova versione della norma Vision 2000 i requisiti del sistema di gestione per la qualità non si limitano a considerare sufficiente la qualità del prodotto e/o servizio come risultato dell'attività dell'organizzazione ma focalizzano l'attenzione al raggiungimento della soddisfazione del cliente e delle parti interessate. Inoltre essa costituisce una profonda revisione dei contenuti della precedenti norme verso nuovi principi per la gestione della qualità nelle organizzazioni adattandola alla evoluzione delle strutture organizzative nel contesto economico competitivo nel quale operano. Le fondamentali innovazioni introdotte nelle norme della serie 9000:2000, derivate dalle esperienze applicative nei diversi settori delle attività umane, offrono importanti prospettive di applicazione nelle organizzazioni orientate al servizio con la focalizzazione delle attività personalizzate al singolo cliente nella logica del miglioramento continuativo. Si raggiunge una maggiore razionalizzazione dei contenuti, che sono raggruppati in cinque capitoli generali, dedicando il primo ai requisiti fondamentali del sistema di gestione per la qualità ed i successivi a quattro momenti fondamentali della gestione. La coerenza applicativa per il raggiungimento della conformità ai requisiti della norma deriva dall'approccio per processi, che deve essere alla base della messa a punto del sistema di gestione. Il principio fondamentale dell'approccio per processi è una caratteristica delle norme che permette un coerente e proficuo utilizzo delle stesse all'interno di una struttura sanitaria.

107 - Valorizzare la qualità percepita

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
107.Q1	Qualità	Indagini sulla qualità percepita	Rilevazione customer satisfaction	Disponibilità di dati sulla C.S.

Un altro tema trattato con particolare attenzione della Regione Lombardia è quello della customer satisfaction che si concretizza, in sintesi, con due modalità applicative: la valutazione di questionari di gradimento dei servizi sanitari e

l'analisi dei reclami. Sia il primo che il secondo sono sviluppati sia a livello delle singole strutture sia a livello regionale. In tale ambito la collaborazione con il CRISP ha permesso di attuare indagini ad hoc sul tema. Di particolare interesse sono stati i risultati ottenuti dal questionario somministrato a cura del CRISP a più di 5.000 persone che erano state ricoverate presso strutture lombarde in una prima fase e a 10.000 in una seconda. L'uso dell'SF-12 come base del questionario ha consentito di valutare lo stato di salute dei pazienti dopo la dimissione riferita all'ultimo ricovero presso quella struttura nell'anno solare in studio. Oltre a permettere la messa a punto dello strumento, che è stato proposto a tutte le AO lombarde, le interviste hanno fornito un'importante indicazione sul grado di soddisfazione dei fruitori dell'assistenza ospedaliera. Per quanto riguarda i reclami è da evidenziare come a Regione Lombardia sia una delle poche realtà che da qualche anno effettua un'analisi regionale di tali informazioni. L'obiettivo è quello di standardizzare una metodologia di rilevazione della qualità percepita, sia per l'attività di ricovero che per quella ambulatoriale, tenendo conto anche dello stato di salute dei pazienti, in modo da poter avere dei dati di tendenza su questo tema.

Sempre mediante la collaborazione del CRISP è stato realizzato il monitoraggio della sperimentazione del buono socio-sanitario per gli anziani non autosufficienti assistiti in famiglia.

108 - Accreditare e qualificare il sistema di prevenzione

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
108.Q1	Qualità	Progetto	Individuazione di standard per la prevenzione	Accreditamento del sistema di prevenzione

La Regione Lombardia ha ritenuto opportuno innescare un processo di miglioramento della qualità all'interno del sistema di prevenzione, prevedendo un percorso per accreditare le strutture che operano all'interno del sistema di prevenzione, sulla base della conformità a standard qualitativi riconosciuti e condivisi, anche con un ordinamento delle stesse. A tal fine è stato attivato un progetto per l'accreditamento di eccellenza, che si realizza attraverso procedure per la verifica di qualità, la definizione di requisiti specifici per livello di responsabilità e per linee di attività. Per attuare quanto sopra espresso si sta definendo, in maniera operativa, e sperimentando un sistema di accreditamento che sia immediatamente applicabile su tutta l'area della Prevenzione a partire dalla conclusione del progetto, con la redazione del piano di sistema informativo regionale specifico. Il progetto si sviluppa con una individuazione degli standard, una sperimentazione sul campo e un processo di formazione degli operatori. Così facendo si ritiene si possa qualificare un ambito complesso come quello della prevenzione, codificando i requisiti relativi e stimolando gli operatori ad intraprendere azioni di miglioramento.

109 - Tempi di attesa adeguati alle esigenze del singolo cittadino

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
109.Q1	Qualità	Scheda per individuazione priorità	Priorità di attesa in base alle condizioni cliniche	N. di prestazioni ambulatoriali con indice di priorità

Un altro aspetto relativo alla qualità assistenziale riguarda i tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni sanitarie. Infatti, in base ai provvedimenti regionali, le strutture accreditate pubbliche e private, previa contrattazione con le ASL, hanno stabilito i tempi massimi di attesa per l'esecuzione delle prestazioni ambulatoriali tenendo come riferimento i tempi di attesa massimi stabiliti dalla Regione per tutte le prestazioni specialistiche. Tali tempi rappresentano il tempo massimo di attesa per l'effettuazione delle prestazioni in regime ambulatoriale. Questo è uno dei principi della riforma lombarda, garantire la libera scelta della struttura erogatrice e nel contempo assicurare al cittadino il rispetto dei tempi stabiliti. I risultati raggiunti dal progetto su questo tema dalla Regione Lombardia sono tangibili e riconosciuti a livello nazionale. A tre anni dal primo provvedimento l'impegno attuale è quello di mantenere le attuali performance, avendo una particolare attenzione a tutti gli aspetti connessi alla razionalizzazione della domanda e al monitoraggio del sistema e focalizzando l'attenzione anche sui tempi di attesa per le prestazioni di ricovero.

Poche sono le esperienze sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali ma il metodo utilizzato per analizzare il ricovero ospedaliero può essere tenuto come riferimento per impostare una sperimentazione che preveda l'applicazione, su alcune selezionate e salienti prestazioni, di un sistema per individuare la priorità di accesso in base alla rilevanza clinica presentata da ogni paziente. La complessità di tale tematica è considerevole e pertanto la Regione Lombardia ha promosso una sperimentazione che vede coinvolte la Direzione Generale Sanità, le strutture erogatrici, le ASL, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, e associazioni scientifiche e gli organismi per la tutela del consumatore e del paziente. Lo sviluppo di tale approccio è l'estensione in tutte le ASL di modalità di individuazione di tempi di attesa differenziati secondo le priorità cliniche del soggetto, determinando classi di priorità e di attesa relative. Questo percorso è da prevedere per le principali prestazioni maggiormente richieste dalla popolazione, selezionando l'opportunità e la convenienza relativa.

110 - Miglior monitoraggio dei tempi di attesa

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
110.Q1	Qualità	Rilevazione automatica dati	Monitoraggio tempi di attesa	N. di prestazioni che presentano valori oltre standard

Il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa è stato uno degli aspetti fondamentali che ha caratterizzato il progetto della Regione Lombardia sui tempi di attesa. La Direzione Generale Sanità, in collaborazione con le ASL e le strutture erogatrici, ha effettuato molteplici indagini di prevalenza, tenendo come riferimento un giorno indice per la rilevazione dei dati. Molte ASL hanno strutturato una modalità di rilevazione mensile ma tale prassi non è ancora radicata a livello aziendale. Visto che il monitoraggio dei tempi di attesa risulta fondamentale per la gestione del sistema si prevede di focalizzare l'attenzione su un numero più ampio di dati, per mettere nelle condizioni la Regione e l'ASL di comprendere meglio le dinamiche presenti. Le informazioni minime da rilevare, per le prestazioni ambulatoriali, saranno le seguenti:

1. tempo di attesa massimo, espresso in giorni;
2. numero di utenti in lista di attesa;
3. numero di prestazioni offerte (disponibili, prenotabili) nell'unità di tempo;
4. numero di prestazioni effettuate nell'unità di tempo con l'attività istituzionale;
5. numero di prestazioni effettuate in regime di libera professione intramoenia nell'unità di tempo;
6. numero di prestazioni effettuate in regime di libera professione ma in area a pagamento nell'unità di tempo;

Le ASL effettueranno un monitoraggio più ravvicinato, in base alle singole necessità, mentre la Regione utilizzerà sia i dati provenienti dalle analisi ASL sia quelle rilevati autonomamente, utilizzando maggiormente le informazioni desunte dal flusso informativo secondo la circolare 28/SAN e successive. Tenendo conto che le indagini di prevalenza risentono chiaramente del possibile errore di indicare un tempo di attesa non completamente corrispondente al reale ma determinato dalla creazione di una disponibilità estemporanea nel giorno della rilevazione si ritiene che venga strutturata la possibilità, a livello aziendale, di utilizzare algoritmi matematici più sofisticati, con la finalità di individuare il cosiddetto "tempo di attesa prospettico" che si avvicina maggiormente alla situazione che un paziente tipo può trovare nel momento della prenotazione di una prestazione specialistica.

E' inoltre da prevedere un monitoraggio sistemico dei tempi di attesa dell'attività dei ricovero, visto che è possibile desumere dalle informazioni della SDO tale dato. Infatti poca attenzione viene posta generalmente su questo argomento che invece è molto sentito dai cittadini che molte volte non conoscono i meccanismi utilizzati dalle aziende per la gestione di queste liste di attesa. Una conoscenza più puntuale di tale argomento permetterà la Regione e le ASL di analizzare la problematica e di evidenziare eventuali anomalie presenti. Pertanto anche su tale aspetto dovrà essere previsto un'analisi periodica e la relativa diffusione dei dati.

La presenza di tutti questi stimoli comporta una riflessione da parte della Regione Lombardia, per individuare un progetto compiuto ed organico che permetta di implementare il presente con le trasformazioni di innovazione tecnologica e culturale necessarie. L'obiettivo prioritario è non disperdere le risorse e incidere puntualmente sull'assistenza, in termini di miglioramento degli outcomes e di rapporto con l'utenza. L'accreditamento e l'utilizzazione di standard di qualità sono, fondamentalmente, strumenti idonei a ridurre il rischio correlato al sistema sanitario: se l'uso degli standard è utile per individuare i confini dei possibili danni causati dal sistema, l'uso degli outcomes serve per migliorare la qualità dello stesso.

111 - Integrazione dei progetti per lo sviluppo della qualità

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
111.Q1	Qualità	Progetto	Integrazione delle tematiche relative alla qualità	Definizione provvedimento

La presenza degli stimoli sopra evidenziati comporta una riflessione da parte della Regione Lombardia, per individuare un progetto compiuto ed organico che permetta di implementare il presente con le trasformazioni di innovazione tecnologica e culturale necessarie. L'obiettivo prioritario è non disperdere le risorse e incidere puntualmente sull'assistenza, in termini di miglioramento degli outcomes e di rapporto con l'utenza. L'accreditamento e l'utilizzazione di standard di qualità sono, fondamentalmente, strumenti idonei a ridurre il rischio correlato al sistema sanitario: se l'uso degli standard è utile per individuare i confini dei possibili danni causati dal sistema, l'uso degli outcomes serve per migliorare la qualità dello stesso. Si tratta quindi di fornire una visione unica della progettualità che si è sviluppata attorno al tema della qualità, definendo parametri valutativi e di sistema che tengano conto degli spunti emersi e che permettano di concentrare le risorse messe a disposizione dalle aziende su questo tema.

Quanto sopra sembra essere un'opportunità per poter superare il concetto di oggetto da accreditare inteso come struttura per estenderlo alle funzioni assistenziali in grado, quindi, di dare pieno e reale significato all'istituto dell'accreditamento, ovvero "attribuzione di credibilità".

4. L'osservatorio epidemiologico

Il governo degli interventi sanitari, socioassistenziali di un territorio, se vuole raggiungere in modo equo obiettivi sia di efficacia che di efficienza dell'intero sistema, si deve fondare su informazioni valide, precise, ampie (in quanto a copertura dei problemi trattati), dettagliate, ed ovviamente aggiornate, informazioni per la cui raccolta, archiviazione, gestione, ed interpretazione diventa indispensabile dotarsi degli strumenti opportuni.

Le aree tematiche di interesse prevalente possono risultare almeno le seguenti: l'area della domanda (di salute, di prestazioni sanitarie, socioassistenziali, di conoscenza dei fattori correlati alla salute ed alle prestazioni); l'area della offerta (le prestazioni erogate, le caratteristiche degli erogatori); l'area del controllo e della

qualità (la valutazione delle prestazioni); l'area della mobilità territoriale (i flussi sanitari attivi e passivi, l'organizzazione territoriale); l'area della formazione degli operatori e della informazione ai cittadini, l'area dei rischi (resistenze batteriche, rischi alimentari, ...).

In questo contesto l'obiettivo da raggiungere è almeno duplice: da una parte occorre poter monitorare i singoli territori (attraverso la raccolta costante di dati di dettaglio sugli utenti, sulle prestazioni, sull'andamento delle patologie e dei fenomeni sociali, sull'andamento della spesa) al fine di garantire la specificità dell'intervento; dall'altra occorre ricomporre a livello centrale un quadro coordinato (che consenta la valutazione di scenari alternativi, il riposizionamento di tariffe e finanziamenti, la rimodulazione degli interventi attuati) al fine di garantire che l'intero sistema si muova in una direzione predefinita.

In termini operativi una organizzazione utile dovrà quindi prevedere la istituzione di Osservatori Epidemiologici almeno a livello di ASL, nonché di un Osservatorio Epidemiologico Regionale a livello della Direzione Generale Sanità e della Direzione Famiglia e Solidarietà Sociale, collegati in maniera funzionale tra di loro ai fini di una comunicazione che possa risultare multidirezionale. L'integrazione dovrà essere preservata anche in ambito sociale, con gli osservatori che prendono in esame tipicamente fenomeni quali l'immigrazione e le altre aree di disagio.

Gli osservatori epidemiologici dovranno essere opportunamente collocati nella struttura organizzativa territoriale (ad esempio a livello delle Direzioni Generali di ASL, così che sia i fenomeni sanitari che quelli sociali che quelli più strettamente legati alla valorizzazione economica delle prestazioni possano trovare adeguata attenzione), e dotati degli strumenti opportuni per la osservazione (strumenti conoscitivi, tecnici, organizzativi). A completamento di questa rete epidemiologica è necessario che anche le AO, allo stesso modo delle ASL, organizzino al proprio interno aree di osservazione epidemiologica, aree che pongano a tema soprattutto la valutazione epidemiologica delle prestazioni erogate e che si possano poi collegare in modo funzionale alla rete di osservazione territoriale.

E', inoltre, opportuno considerare il contributo di quelli che potrebbero essere definiti "centri di riferimento epidemiologico" e che già svolgono per conto della regione attività specifiche in campo oncologico, cardiologico, e ambientale-occupazionale nonché della formazione. Tali strutture, seppur con compiti più definiti e meno generali, devono fare parte a tutti gli effetti della rete di osservazione epidemiologica regionale.

Infine, è necessario che l'Osservatorio Epidemiologico Regionale attivi collegamenti funzionali con gli osservatori epidemiologici istituiti dalle altre regioni, con la Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, con il Laboratorio di Epidemiologia dell'ISS, nonché con le strutture epidemiologiche e gli osservatori istituiti a livello nazionale anche in ambito sociale, quali l'Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza.

Molte caratteristiche dell'Osservatorio qui delineate erano già presenti, seppur con la sinteticità richiesta dallo strumento, nella l.r. 31 ai commi 9 e 10 dell'art. 14 (Il sistema informativo e contabile; L'attività contrattuale delle aziende sanitarie): qui ne è stata meglio delineata la strutturazione territoriale. Per il raggiungimento degli obiettivi proposti sarà indispensabile prevedere, oltre agli elementi organizzativi, un robusto piano di formazione degli operatori che a tali attività di osservazione si dovranno dedicare, nonché un collegamento esplicito con i più importanti centri di ricerca e formazione epidemiologica a livello internazionale soprattutto con l'obiettivo di mantenere costantemente aggiornata la capacità tecnica di osservazione degli operatori lombardi.

112 - Potenziamento della rete di osservazione

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
112.E1	Epidemiologia	Potenziamento della rete di osservazione	Istituzione di una rete di osservazione epidemiologica	N. osservatori istituiti

5. La riabilitazione

Le attività di riabilitazione sono finalizzate a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni, prevenendo le menomazioni secondarie e curando le disabilità al fine di contenere ed evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità della vita e l'inserimento psico-sociale, in quest'ambito sono da ricomprendersi anche quelle prestazioni delle cure termali che consentono il recupero delle capacità funzionali e motorie dell'individuo evitando il cronicizzarsi della malattia ed il ricorso a cure ospedaliere più costose.

I due aspetti critici di tali attività sono rappresentati da:

- necessità che le attività riabilitative intervengano nella prima fase della malattia a rischio di disabilità, quando maggiore è il potenziale di recupero;
- graduazione degli interventi riabilitativi che si determina sia in relazione al tipo di menomazione/ disabilità evidenziata e alla fase di malattia in cui si interviene, sia conseguentemente rispetto alla tipologia delle attività erogate e agli esiti che ci si aspetta dall'intervento. Tale graduazione si riflette poi sull'insieme delle strutture che erogano riabilitazione e che devono operare in maniera integrata e sinergica.

L'obiettivo che la Regione Lombardia deve perseguire è quello di creare un modello di percorso integrato e continuo sanitario, sociosanitario e socio assistenziale. Tale percorso implica la stretta connessione dei programmi di intervento sanitario, finalizzati a sollecitare tutte le risorse potenziali dell'individuo, con gli interventi sociali orientati a sviluppare e rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali, così da consentire l'inserimento o il reinserimento del disabile nei diversi cicli dell'esistenza e il miglioramento della sua qualità della vita.

La evoluzione della struttura della popolazione richiede una evoluzione della offerta riabilitativa che deve garantire:

- un intervento tempestivo e precoce, vale a dire in quella fase della malattia in cui è maggiore il potenziale di ripristino totale della autonomia;
- un modello riabilitativo che dia continuità alle diverse fasi del recupero e mantenimento della funzione (riabilitazione intensiva ed estensiva) e che possa, altresì, affrontare la riacutizzazione della patologia che ha determinato la perdita di autonomia;
- un modello di accoglienza adeguato al mantenimento delle abilità residue, sia fisiche che psichiche, per un ricovero breve “di sollievo” della famiglia o di chi si prende abitualmente cura del soggetto debole.

113 - Creazione della rete della riabilitazione

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
113.API	Assistenza/ programmazione	Progetto specifico	Integrazione strutture che trattano pazienti che necessitano di riabilitazione e/o lungodegenza	Ridefinizione criteri autorizzativi e di accreditamento e competenze assistenziali

Per la strategia dell'intervento riabilitativo si danno per recepite le indicazioni contenute nelle Linee guida sulla riabilitazione emanate a livello nazionale pubblicate sulla G.U. del 30.5.1998 n°124 con particolare riferimento a:

- progetto riabilitativo di struttura, che richiede un'organizzazione specifica di spazi, lavoro e modalità operative di una struttura allo scopo di garantire un'idonea funzione di supporto finalizzata alla protezione ed alla stimolazione delle capacità funzionali e relazionali di tutti i soggetti assistiti;
- progetto riabilitativo individuale, quale insieme di proposizioni, elaborate dall'équipe riabilitativa per un determinato paziente, che tiene conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze del paziente, delle sue menomazioni, disabilità ed abilità residue e recuperabili; definisce quali siano gli esiti desiderati; definisce nelle linee generali i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento dei risultati; costituisce il riferimento obbligato per ogni intervento svolto dall'équipe riabilitativa;
- programma riabilitativo che definisce specificamente, in attuazione del progetto riabilitativo, le aree di intervento specifiche, gli obiettivi immediati e a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti e la verifica degli interventi.

Le attività di riabilitazione vengono di norma classificate sistematicamente in base alle seguenti fasi riabilitative, con l'avvertenza che l'approccio tiene conto della classificazione internazionale delle menomazioni, disabilità ed handicap riconosciuta dall'OMS (ICDH 1980) ed utilizzata a livello nazionale dal sistema di tariffazione adottato con i decreti di riordino:

1. fase della riabilitazione intensiva nello stato di acuzie, ai fini della prevenzione del danno secondario e delle conseguenti menomazioni;
2. fase della riabilitazione intensiva nell'immediata post-acuzie;
3. fase della riabilitazione estensiva o intermedia, di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione;
4. fase di mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità.

E' in oltre da rammentare che in tutti i Paesi industrializzati l'aumento dell'aspettativa di vita ed il decremento della natalità portano ad un progressivo invecchiamento della popolazione destinato, almeno nel medio termine, ad aumentare la domanda di assistenza sanitaria per le patologie cronico-degenerative. L'incidenza della popolazione anziana, oltre 65 anni, sulla popolazione lavorativa, tra 15 e 64 anni, è in grande crescita in tutti i paesi europei, ma lo è molto di più in Italia. Tali valori passano dal 27% dell'anno 2000 al 42% circa dell'anno 2030.

Pertanto la rivalutazione del dimensionamento dell'offerta di posti letto, ospedalieri ed extra ospedalieri, deve essere affrontata in un'ottica che consideri in modo integrato e sinergico tutti i servizi di tipo sanitario e socio sanitario che già oggi spesso erogano prestazioni di tipo quasi equivalente nella sostanza, ma decisamente differenti in termini di costi di erogazione. In questi ultimi anni si è visto un forte incremento del carico assistenziale nelle RSA a fronte di una sempre maggiore difficoltà degli ospedali a trattenere patologie croniche stabilizzate. Esiste quindi la necessità di creare una rete intermedia tra ospedale e RSA che permetta a casi di anziani con carichi assistenziali medio-pesanti una risposta più adeguata alle loro necessità di assistenza senza gravare sull'organizzazione e la gestione delle altre strutture di assistenza.

Si tratta di mettere in atto un progetto che individui correttamente la domanda di prestazioni riabilitative e lungodegenziali e che configuri una rete di offerta specializzata, dove necessita, e con contenuti maggiormente assistenziali nei casi ad elevata cronicità. Questo comporta di fatto l'esigenza di ridefinire i criteri del regime autorizzativo e di accreditamento del settore della media assistenza, riclassificando le attività ospedaliere ed extraospedaliere in riabilitazione intensiva ed estensiva. Tutte le attività di riabilitazione, comprese quelle attualmente erogate dagli IDR ex-art.26, dovranno essere ricondotte alle due tipologie – intensiva ed estensiva – definite dalle linee guida nazionali sulla riabilitazione.

Le varie fasi dell'intervento riabilitativo saranno svolte da tutte le strutture ospedaliere ed extraospedaliere che si interessano di tale ambito, integrandosi tra di loro e garantendo la continuità del percorso terapeutico del paziente.

In questo contesto il problema del progressivo invecchiamento della popolazione viene ad essere ingigantito dall'attesa di vita ulteriore, oggi, all'età di 85 anni e ad essere complicato dall'incremento della disabilità (20% e 25% degli ottantacinquenni presentano rispettivamente disabilità lieve e disabilità grave). La necessità di ospedalizzazione per la popolazione anziana è in diretta relazione alle disponibilità locali di alternative valide ad affrontare la cronicità. In considerazione del paziente anziano fragile che richiede nel suo percorso patologico un'appropriata diversificazione di supporti sanitari deve essere garantito il supporto specialistico del geriatra quando sia necessario un ricovero ospedaliero per un anziano ad alto rischio di perdita di autosufficienza. Parimenti nella gestione del paziente anziano in ambito extra ospedaliero, ogni qualvolta si manifestino situazioni di fragilità e complessità, il geriatra potrà appieno svolgere il compito di supporto specialistico all'interno delle strutture intermedie e domiciliari.

6. Iniziative a sostegno della famiglia: il buono sociosanitario

La l.r. 23 dicembre 1999, n.23, "Politiche regionali per la famiglia", promuove e finanzia diversi interventi, quali il buono sociosanitario per gli anziani non autosufficienti, al quale segue il buono per i disabili.

Nel triennio si prevede di inserire nella rete dei servizi sociosanitari delle azioni:

- per favorire, con un contributo economico, la permanenza dell'individuo fragile nella sua casa tramite l'impegno diretto della sua famiglia o indiretto (organizzazioni accreditate con le quali essa instaura una relazione di aiuto);
- per sperimentare un nuovo sistema di accreditamento fondato sulla sottoscrizione del Patto per l'assistenza fra ASL e soggetti pubblici/privati.

L'intervento sperimentale del 2001 dedicato agli anziani, per quanto realizzato su un'ampia scala e con un notevole impegno economico (50 miliardi di lire), non intendeva affrontare l'intero bisogno sociosanitario della famiglia, ma testare la fattibilità, l'impatto sui servizi esistenti e la penetrazione dell'iniziativa nelle famiglie lombarde. La rapida realizzazione della sperimentazione ha imposto requisiti d'accesso oggettivi e facilmente documentabili: lombardi che hanno compiuto 75 anni, titolari del diritto a percepire l'assegno di accompagnamento, con reddito del nucleo familiare non superiore a limiti predefiniti. L'impegno economico ha consentito di soddisfare la domanda di 7000 nuclei familiari che potranno godere del contributo mensile di 800.000 lire da aprile a dicembre 2001. Il monitoraggio di questa sperimentazione è propedeutico al suo consolidamento e alla successiva fase di valutazione del rapporto fra costo e beneficio: in primo luogo quello fra la differenza di risorse impegnate per la permanenza "a casa" ed il ricovero "in istituzione", rispetto alla differenza di qualità di vita dei non autosufficienti e delle loro famiglie nei due diversi ambienti di assistenza. Contemporaneamente viene programmata una analoga sperimentazione per i disabili e viene consolidata nonché monitorata l'esperienza dei nidi familiari.

Lo sviluppo del progetto prevede una più puntuale definizione del livello di fragilità economica delle famiglie a cui si intende prioritariamente offrire il sostegno e delle risorse economiche necessarie a garantirlo.

A questo proposito, è da sottolineare che la capienza della rete dei servizi residenziali, come descritta nelle schede relative alla rete delle RSA e delle RSH ed alla rete delle strutture riabilitative, sarà comunque inferiore alla domanda, oggi e nel breve periodo, nonostante gli importanti investimenti economici ed organizzativi posti in essere e programmati, ivi compresa la sperimentazione dei buoni sociosanitari. La via tracciata, per essere validata quale realistica alternativa alla istituzionalizzazione, deve essere percorsa da un numero consistente di famiglie. Per continuare la sperimentazione nel breve periodo, gradualmente estendendola ad un numero maggiore di nuclei familiari e di categorie di soggetti fragili occorre prevedere investimenti che non possono coincidere con quelli programmati per la rete degli attuali servizi residenziali e territoriali (ADI, CDI, ecc.) che, comunque, deve essere ampliata e riqualificata rispetto all'offerta attuale.

Il punto di forza del progetto è la famiglia. Le altre iniziative che la legge regionale prevede concorrono a rafforzarne il ruolo. Tuttavia la sua progressiva nuclearizzazione per i consolidati trend demografici e la tendenza nei paesi europei all'allontanamento (anche geografico) dei familiari dalla vita degli anziani, inducono ad una ricerca attenta di altre possibili reti di sostegno, non necessariamente istituzionali, valorizzando le alleanze nuove che si stanno configurando nelle relazioni degli individui fragili (il vicinato, il volontariato, le cooperative sociali, ecc.).

Il progetto già indica un percorso: quando la famiglia non è in grado di assistere da sola l'anziano, viene prospettato un aiuto di buona qualità ad un prezzo contenuto mediante una logica di mercato che prevede lo sviluppo di una pluralità di offerte fra cui operare una libera scelta che liberamente può essere revocata. In considerazione del particolare rapporto che si viene ad instaurare fra i caregiver esterni alla famiglia e l'anziano, l'organizzazione che si offre deve essere accreditata dalla ASL, sulla base di un Patto che definisca i contenuti della relazione di aiuto, e dalla ASL controllata, mediante la valutazione del sistema di auditing della qualità percepita dall'assistito e dalla sua famiglia, posto in essere dall'organizzazione accreditata. L'utilizzo attento degli osservatori del progetto (call center, auditing) e lo stretto monitoraggio della sua realizzazione deve dare utili contributi per programmare le azioni successive.

E' ipotizzabile che il sistema del buono possa ulteriormente svilupparsi al fine di garantire la realizzazione di un nuovo modello per le cure continuative domiciliari. Tale modello richiede la definizione puntuale delle forme di sostegno finanziario all'autosoddisfacimento che sono così definite:

1. BUONO: provvidenza economica a favore dell'utente nel caso in cui l'assistenza possa essere prestata da un caregiver sia esso familiare che appartenente alle reti di solidarietà (vicinato-associazioni)

2. **VOUCHER:** provvidenza economica a favore dell'utente, utilizzabile solo in caso di prestazioni erogate da care giver professionali.

Ambedue le modalità congiuntamente al potenziamento dei servizi e degli interventi territoriali, prevedono il perseguimento dei seguenti obiettivi:

OBIETTIVO PRIMARIO:

favorire la vita indipendente e la permanenza a domicilio dell'utente che necessita di prestazioni di lungoassistenza, consentendogli di soddisfare i propri bisogni attraverso la libera scelta delle modalità di assistenza e degli erogatori di prestazione.

OBIETTIVI SECONDARI:

1. assicurare tutte le prestazioni di assistenza domiciliare sia domestica che integrata;
2. sostenere lo sviluppo di erogatori pubblici e privati nell'area dell'assistenza domiciliare;
3. favorire tra gli erogatori pubblici e privati accreditati una competizione regolata esclusivamente dall'utente;
4. ridefinire il ruolo dell'ASL assegnandole progressivamente unicamente funzioni:
 - di autorizzazione e di accreditamento degli erogatori;
 - di distribuzione dei buoni dei voucher;
 - di controllo delle prestazioni;
5. associare i comuni nella distribuzione del buono

7. Processi di aziendalizzazione nei settori sociosanitario e sociale

Le Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) costituiscono una realtà storicamente diffusa e radicata nel tessuto socio-culturale della regione e, nello stesso tempo, un fondamentale snodo della rete d'unità d'offerta nella quale attualmente si articola il sistema di *welfare* regionale.

Sorte nel corso dei secoli dall'esercizio di svariate forme d'autonomia negoziale (donazioni, testamenti, atti associativi e/o fondativi) i soggetti in questione subirono un processo di "pubblicizzazione" forzata con la legge Crispi (1890) che, creando appunto le IPAB, assegnava da un lato personalità giuridica di diritto pubblico alle istituzioni private che agivano in materia di assistenza, preservando, dall'altro, l'autonomia statutaria degli enti in questione.

Elemento peculiare di questi ultimi è rimasto, perciò, sotto il profilo organizzativo la coesistenza di elementi di natura pubblica ed elementi di natura privata.

Le IPAB in Lombardia

L'analisi dei dati consente di affermare che la rete delle IPAB nel 2001 è composta da circa 800 unità. Inoltre pare significativo segnalare che di queste, n. 501 svolgono attività socio sanitarie e socio assistenziali nei diversi ambiti di intervento della Direzione Generale.

IPAB – Consistenza e distribuzione della rete per ambiti ASL

AMBITI ASL														
BG	BS	CO	CR	LC	LO	MN	MI città	MI 1	MI 2	MI 3	PV	SO	VA	
63	121	30	56	13	15	42	20	6	4	15	44	13	59	
TOTALE														501

Il riordino del sistema introdotto dalla legge 328/2000

In uno scenario caratterizzato dalla sostanziale staticità del sistema IPAB, se si eccettua il processo di depubblicizzazione derivato dalla sentenza della Corte Costituzionale n° 396 del 1988 dal dpcm 16 febbraio 1990 e dalla legge regionale 21/1990, s'inquadra il processo di radicale trasformazione cui la regione ritiene di dover adempiere in accoglimento dei principi introdotti con la legge 328/2000.

Tale processo ha come obiettivo la trasformazione delle IPAB o in aziende di servizi o in persone giuridiche di diritto privato.

L'intervento legislativo regionale

Quello da realizzare è, dunque, un radicale processo di aziendalizzazione in forza del quale molti degli enti attualmente coinvolti nella gestione delle diverse unità d'offerta assumeranno la nuova veste di azienda pubblica di servizi alla persona.

Alla Regione toccherà, pertanto, definire attraverso un'organica iniziativa legislativa, che tenga conto delle modifiche apportate al titolo V della Costituzione per mezzo della legge costituzionale 3/2001, i profili funzionali più significativi delle nuove aziende pubbliche ed insieme ad esse il loro ruolo nel sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali da realizzare in forza della legge 328/2000.

Ciò che appare, in ogni caso, evidente è che tanto nell'ipotesi dell'aziendalizzazione che della depubblicizzazione sarà possibile conseguire alcuni effetti significativi per l'intero sistema:

- conseguimento di maggiore elasticità gestionale dei patrimoni e del personale delle trasformande IPAB;
- adeguata funzionalizzazione dei patrimoni al perseguimento delle finalità sociali di riferimento;
- carattere manageriale della gestione e dei controlli per un'autentica cultura del risultato.

In questa direzione occorrerà, attivare non solo le opzioni normative di più ampio scenario, ampiamente modificative di leggi regionali già vigenti, ma anche di ulteriori norme ed interventi di carattere amministrativo di natura per così dire complementari, delle quali quelle qui di seguito esplicitate sembrano essere le più significative:

- inserimento nella programmazione e nella gestione del sistema integrato dei servizi;
- introduzione di procedure semplificate di fusione delle IPAB (tramite integrazione l.r. 1/2000 o legge ad hoc);
- definizione di modalità e procedure di approvazione degli adempimenti statutari e dei regolamenti di organizzazione delle aziende di servizi (tramite integrazione l.r. 1/2000);
- adozione di un'apposita normativa (ad integrazione l.r. 1/2000) per la liquidazione di aziende di servizi in grave dissesto;
- emendamenti di varia natura alle attuali disposizioni della l.r. 1/2000 per le IPAB soggette a riordino.

Nuovi modelli per la gestione dei servizi alla persona

Al fine della piena realizzazione del modello previsto dalla l.r. 31/97, accanto al processo di riordino delle IPAB risulta necessario giungere alla piena separazione, anche nell'ambito socio sanitario e sociale, tra la funzione di programmazione acquisto controllo (PAC) e la gestione degli interventi e dei servizi da parte delle ASL. Se in tale ottica le ASL acquistano sempre più un ruolo di governo della domanda/offerta è necessario realizzare nuove forme di gestione dei servizi sociosanitari e sociali, laddove il management strategico individui l'opportunità di porsi sul mercato in prima persona, anche attraverso la costituzione di "agenzie di servizi alla persona" in competizione con gli altri attori del sistema di welfare.

8. Sostegno alle iniziative per far fronte al disagio e all'emarginazione: l'immigrazione, l'ambito carcerario e le nuove povertà

IMMIGRAZIONE

Le politiche di integrazione della popolazione straniera sono un completamento fondamentale alle politiche per la sicurezza e per il lavoro. Sostenere il progetto di vita degli immigrati significa offrire delle prospettive di miglioramento per la società nel suo complesso e favorire la coesione e la stabilità sociale. L'azione regionale sarà pertanto orientata a costruire relazioni positive tra cittadini italiani ed immigrati, garantire pari opportunità di accesso ai servizi e a tutelare le differenze, assicurare la presenza legale e contrastare l'illegalità, conoscere la consistenza e l'evoluzione del fenomeno migratorio nei suoi diversi aspetti socio economici e culturali.

Individuazione del Target Group per le misure di integrazione

Politiche sociali	Target group	Ambiti di attività
	Lavoratori stranieri	Servizi di orientamento al lavoro e formazione mirata Sostegno all'imprenditoria immigrata e controlli diretti sulle situazioni di sfruttamento
	Donne	Realizzazione di alloggi per madri sole con bambini minori Consulenza legale per vittime di sfruttamento e diritto di famiglia Mediatori nei consultori familiari e pediatrici
	Bambini e giovani stranieri	Rafforzamento dei canali di comunicazione tra scuola e genitori degli alunni stranieri Maggior orientamento nei percorsi scolastici e lavorativi Facilitazione all'accesso agli asili nido
	Soggetti svantaggiati	Misure di protezione per le vittime della tratta e dello sfruttamento sessuale
	Tutti gli stranieri	Programmi per l'apprendimento linguistico e razionalizzazione della rete di corsi per il rilascio dei titoli di studio Tutela della cultura di origine Istituzione di sportelli informativi Consulenza e formazione sulla normativa
	Servizi pubblici	Formazione specifica degli operatori che si trovano a contatto con l'utenza immigrata Definizione del ruolo e dell'ambito di intervento dei mediatori culturali
	Amministrazioni e operatori pubblici	Semplificazione delle pratiche amministrative Sostegno alle rappresentanze delle comunità

Le azioni prioritarie

Da quanto sovraesposto emerge che gli interventi concernenti l'immigrazione dovranno, nel prossimo triennio, mantenersi coerenti e rispettosi delle specificità dell'immigrazione in Lombardia, ai bisogni locali, alle peculiarità e alle capacità di accoglienza di quella che è una delle regioni motori d'Europa. A partire da questi presupposti le linee di azione del Piano socio sanitario dovranno garantire una forte continuità con l'impostazione programmatica realizzata con il precedente programma pluriennale 1999/2000 e assicurare una forte capacità di superare i nodi critici derivanti dall'evoluzione del fenomeno immigrazione che si configura sempre più composito per multifattorialità e problematicità.

Coerentemente con quanto esposto in premessa si individuano, per il prossimo triennio, le seguenti azioni prioritarie:

114 - Consolidamento degli interventi esistenti e definizione del programma regionale per l'immigrazione

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatore
114.D1	Immigrazione	Normativa nazionale in materia di immigrazione Legge 40/98 e successivi provvedimenti attuativi T.U.286/98 Documento programmatico per il triennio 2001/2003 DPR 30 marzo 2001	Definizione del piano regionale degli interventi Realizzazione del piano degli interventi Definizione organismi di supporto e di consultazione Revisione della legislazione in materia di immigrazione	N. soggetti coinvolti N. progetti finanziati/realizzati Stabilizzazione Consigli territoriali provinciali Istituzione Consulta regionale sull'immigrazione Messa in atto di quanto previsto nella normativa nazionale

La definizione del programma annuale degli interventi concernenti l'immigrazione seguirà l'approccio della programmazione territoriale in un'ottica di massimizzazione delle risorse, delle competenze e delle funzioni dei diversi soggetti locali, attraverso la realizzazione di progetti operativi integrati, in particolare nei settori maggiormente sollecitati dalla domanda di accoglienza e di integrazione e nelle aree non sufficientemente indagate e praticate. Sarà compito della Regione definire, annualmente, le priorità di intervento, che verranno attuate secondo le necessità locali e che, in ogni caso, riguarderanno in particolare la tutela della salute; l'inserimento lavorativo; la formazione e l'orientamento professionale; la formazione linguistica e la mediazione culturale; l'informazione agli operatori e agli immigrati; le risposte alle domande di accoglienza e di alloggio.

Andrà completato il *processo di revisione della legislazione* regionale in materia di immigrazione al fine di renderlo più coerente con gli obiettivi programmati.

115 - Garantire pari opportunità di accesso ai servizi e tutelare le differenze

	Area	Strumento	Azioni	Indicatore
115.D1	Immigrazione	Normativa nazionale in merito all'attuazione della legge 40/98: Documento programmatico per il triennio 2001/2003 relativo alla politica immigrazione	Diffusione e conoscenza della lingua e della cultura italiana e conservazione della lingua di origine Mediatori/trici nei servizi	N. progetti presentati N. soggetti coinvolti N. progetti presentati N. soggetti coinvolti
115.D2		Normativa nazionale DPR 30 marzo 2001	Qualificazione dei servizi	N. progetti N. Soggetti

116 - Sviluppare le condizioni di sicurezza e stabilità sociale

	Area	Strumento	Azioni	Indicatore
116.D1	Immigrazione	Normativa nazionale DPR 30 marzo 2001	Servizi informativi e di orientamento per l'inserimento nella vita sociale e lavorativa	N. progetti N. soggetti
116.D2		DPR 30 marzo 2001	Promozione di agenzie/servizi intermediazione per l'accesso al mercato del lavoro e dell'abitazione	N. progetti N. soggetti
116.D3		DPR 30 marzo 2001	Promozione (<i>sportello unico per gli immigrati a livello locale</i>)	N. progetti N. soggetti
116.D4		DPR 30 marzo 2001	Sostegno alle rappresentanze delle comunità	N. progetti

117 - Conoscenza della realtà territoriale e dell'evoluzione del fenomeno

	Area	Strumento	Azioni	Indicatore
117.R1	Ricerca	Normativa nazionale e provvedimenti di attuazione regionali del DPR 394/99 e DCR VII / 2526 dicembre 2000	Sviluppo del sistema di osservazione e studio sull'evoluzione del fenomeno immigrazione Piano integrato attività di ricerca	N. progetti di studio e ricerche elaborati Report annuale

L'attività dell'“*Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità*”, dovrà provvedere a fornire un quadro informativo integrato, sufficientemente ampio e attendibile, sulla popolazione immigrata e sul grado di interrelazione con la società di accoglienza. La raccolta sistematica degli elementi di conoscenza sulla popolazione immigrata, sui fenomeni e sugli interventi costituirà il supporto alla programmazione regionale dei flussi e alla gestione del processo migratorio in funzione con una gestione compatibile con le esigenze territoriali.

EMIGRAZIONE E FRONTALIERATO

La programmazione del prossimo triennio dovrà tenere presente due nuove aree di intervento: l'emigrazione e il frontalierato che, il nuovo assetto organizzativo recentemente adottato dalla Giunta regionale per la corrente legislatura, assegna alla Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale. Le competenze acquisite interrompono la precedente frammentazione di interventi in materia di *migrazioni* e riconducono ad un unico riferimento le ipotesi progettuali e programmatiche.

Area emigrazione

La Regione Lombardia promuove forme di partecipazione, di solidarietà e di tutela dei lavoratori emigranti e delle loro famiglie che si realizzano attraverso iniziative di promozione culturale volte a rafforzare l'identità originaria e di interventi rivolti ai rimpatriati al fine di tutelare gli interessi economici e favorire il reinserimento sociale anche attraverso l'uso dei servizi rivolti alla generalità dei cittadini. Tale principio è sancito nella legge regionale n. 1 adottata dal Consiglio regionale il 4 gennaio 1985.

In quest'ottica appare prioritario l'avvio del trasferimento di competenze al fine di assicurare:

- l'attuazione della normativa;
- evitare discontinuità e dispersione di risorse,
- giungere ad una riorganizzazione programmatica predefinita.

A tal fine appare prioritario assicurare, da una parte, una ricognizione puntuale e articolata in ordine agli interventi definiti dai precedenti programmi e in fase di attuazione, dall'altra predisporre nuove linee guida in materia di emigrazione lombarda anche alla luce del rinnovato dibattito posto su questo tema in ordine al principio di equità anche per i cittadini che vivono fuori dagli stati dell'unione europea.

A fronte di quanto sovraesposto si individuano i seguenti obiettivi:

- *dare maggiore sviluppo e organicità al sistema delle iniziative rivolte agli emigrati lombardi* per riaffermare i valori democratici, di solidarietà e di appartenenza e operare concretamente le pari opportunità nell'esercizio dei diritti di cittadinanza, in linea con i principi di integrazione sociale;
- *rispondere al bisogno degli emigranti lombardi di mantenere i rapporti con la società di origine* al fine di riannodare identità e legami. In particolare riavvicinare le nuove generazioni nate fuori dall'Italia alla propria cultura, ridurre il distacco migratorio anche attraverso una maggiore cooperazione con i paesi di soggiorno. E' possibile arrivare a definire forme di comunicazione agili e tempestive tra emigrati e strutture pubbliche e reti associative valorizzando l'associazionismo dei migranti attraverso la creazione di una rete di supporto informatizzata.

118 - Emigrazione

	Area	strumento	Azione principale	Indicatore
118.S1	Sociale	Normativa regionale n.1 /85	Piano degli interventi Costituzione organismi di rappresentanza Costituzione sistema informativo relazionale	n. interventi realizzati n. organismi attivati n. soggetti coinvolti

Area frontalierato

In tema di frontalierato la Legge 386/75 definisce le modalità di esecuzione dell'accordo tra Italia e Svizzera relativamente alla compensazione finanziaria dell'imposizione dei lavoratori frontalieri. Obiettivo specifico dell'accordo Italo-Svizzero è quello di agevolare i lavoratori frontalieri nel raggiungimento della sede di lavoro e migliorarne complessivamente la qualità della vita.

Per gli ambiti di territorio lombardo ricompresi nelle zone di frontaliere si dovrà usufruire appieno delle opportunità derivanti dal fondo di compensazione finanziaria e sviluppare uno schema di programmazione, previo parere della Commissione consiliare competente, in modo da realizzare una forte integrazione delle aree appartenenti al frontaliere. Diventa quindi prioritario assicurare una maggior organicità alle attività previste dal trattato e sostenere maggiormente le attività di carattere assistenziale nonché gli interventi progettuali di carattere socioassistenziale, educativo, formativo e culturale, poco sviluppati. I fondi disponibili saranno quindi destinati per il 90% ad opere pubbliche di viabilità e trasporto e di edilizia abitativa, il 10% ai servizi effettivamente resi e fruiti dai beneficiari. A tal fine si prevede il seguente prioritario obiettivo:

119 - Programmazione, coordinamento degli interventi derivanti dalla legge 368/75

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatore
119.S1	Sociale	Normativa nazionale e regionale legge 386/75 e DGR n. 5848 del 2 agosto 2001	Schema linee guida per la progettazione	n. progetti

NOMADI

La programmazione del prossimo triennio dovrà tenere presente di questa nuova area di intervento che il nuovo assetto organizzativo recentemente adottato dalla Giunta regionale per la corrente legislatura, assegna alla Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale. Le competenze acquisite interrompono la precedente frammentazione di interventi in materia di *migrazioni* e riconducono ad un unico riferimento le ipotesi progettuali e programmatiche in materia di immigrazione, emigrazione, nomadi, rifugiati e richiedenti asilo che devono essere approvate previo parere della Commissione consiliare competente.

Contesto

Da sempre le popolazioni nomadi e seminomadi sono state esposte a situazioni di precarietà, di discriminazione e di emarginazione sociale. Stime approssimative fanno ammontare la presenza di Rom e Sinti nel territorio regionale a c.ca 8/10.000 presenze, dato complessivamente inferiore all'1 per mille dell'intera popolazione lombarda residente. Due terzi di tale popolazione sono cittadini italiani di religione cattolica o evangelista. Se più nota è la presenza di zingari nei principali centri urbani, vi è per contro una dispersione diffusa nelle singole province, non monitorata né conosciuta dalle stesse amministrazioni locali e dai servizi di base.

I soggetti che devono garantire alle popolazioni nomadi il pieno godimento dei diritti fondamentali sono le comunità locali, intese come luogo in cui concretamente si manifestano e si realizzano i fondamentali diritti degli individui. Alla Regione spetta l'erogazione dei finanziamenti in un quadro programmatico su conoscenze certe e rispettoso della specificità culturale della minoranza nomade.

Obiettivo

Definizione di un quadro programmatico su conoscenze certe e rispettoso della specificità culturale della minoranza nomade.

120 - Nomadi

	Area	Strumento	Azione principale	indicatore
120.S1	Sociale	Normativa regionale l.r. 77 del 12/12/89	Ricerca per la conoscenza del contesto e per il monitoraggio degli interventi Definizione di un programma di interventi	Report N. interventi

L'AREA PENALE

Azioni prioritarie

A fronte di quanto esposto nella prima parte del presente documento, le aree di intervento, mutate dal protocollo d'Intesa tra Ministero di Giustizia e Regione Lombardia, vedranno realizzarsi le seguenti azioni prioritarie, in relazione agli obiettivi dichiarati per l'area adulti:

121 – Potenziamento della rete di intervento a favore di detenuti nella fase intramuraria con particolare attenzione all’assistenza ai detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti siano essi adulti e minori che ai minori più in generale.

	Area	Strumento	Azione Chiave	Indicatore
121.S1	Sociale	Normativa nazionale (progetto obiettivo carcere) Protocollo di intesa tra Regione e Ministero di Giustizia Delibera di Giunta	Stabilizzazione organizzativa Avvio del trasferimento delle competenze svolte dall’Amministrazione Penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti Concorso di contribuzione a progettualità mirate finalizzate al miglioramento dell’accoglienza di soggetti sottoposti a procedimenti penali e garanzia di continuità assistenziale Predisposizione della carta dei servizi per gli istituti penitenziari Definizione di protocolli operativi (metadone, salute mentale, ricoveri ospedalieri) Rafforzamento delle équipe carcere e validazione dei piani ASL di intervento intramurario	Realizzazione dell’accordo quadro tra gli organi periferici del Ministero di Giustizia, le ASL e gli enti locali Avvio di coordinamenti stabili per la programmazione a livello locale (n. soggetti coinvolti) Messa in atto degli obiettivi e funzioni già contenute nelle direttive ministeriali Presenza di accordi di collaborazione e, dove possibile, di protocolli formalizzati tra enti del settore pubblico e del privato Documentazione Numero Progetti integrati avviati Numero soggetti in carico

122 - Incremento e sviluppo degli interventi di sostegno a favore dei soggetti sottoposti a misure alternative alla detenzione in raccordo con l’autorità giudiziaria competente, i servizi del territorio, gli EE.LL., le forze del volontariato e del privato sociale. Sostegno a forme di reinserimento sociale post-pena

	Area	Strumento	Azione Chiave	Indicatore
122.S1	Sociale	Protocollo di intesa Regione-Ministero di Giustizia DGR	Reinserimento sociale e abitativo	Documentazione dettagliata per progetti mirati e personalizzati Consistenza numerica del fenomeno/risorse impiegate, Analisi dettagliata del fenomeno e del territorio, descrizione qualitativa e quantitativa Strumenti di valutazione
122.S2	Sociale	DGR	Sostegno alla formazione di cooperative e di imprese sociali	Numero enti coinvolti, soggetti raggiunti, interventi realizzati
122.S3	Sociale	DGR	Promozione e sviluppo di percorsi informativi	N. incontri, associazioni coinvolte, soggetti raggiunti
122.S4	Sociale	DGR	Interventi di aggiornamento pubblico e privato	N. iniziative congiunte N. soggetti coinvolti

Per l'area minori le azioni prioritarie identificate sono le seguenti:

123 - Consolidamento del coordinamento tra i Servizi della Giustizia Minorile ed i Servizi sociali territoriali e sostegno al reperimento di ulteriori offerte residenziali a prevalente valenza terapeutica

	Area	Strumento	Azione Chiave	Indicatore
123.S1	Sociale	Normativa vigente	Sostegno per l'avvio del Progetto del Comune di Milano «Casa di Transito per minori sottoposti a procedimenti penali»	Monitoraggio andamento lavori di ristrutturazione
123.S2	Sociale		Sostegno a iniziative formative per il personale coinvolto nelle diverse istituzioni volte al raggiungimento di una professionalità più specifica per la presa in carico delle famiglie, dei minori sottoposti a procedimento penale e che presentano sintomi di sofferenza psichica	N. operatori formati/n. operatori totali
123.S3	Sociale		Sostegno all'individuazione e all'avvio di una comunità terapeutica idonea alla presa in carico di minori che presentano sintomi di sofferenza psichica	Individuazione della comunità

124 - Sostegno allo sviluppo di progetti sperimentali

	Area	Strumento	Azione Chiave	Indicatore
124.S1	Sociale	Normativa vigente	Sviluppo di progetti sperimentali attraverso la messa in rete delle esperienze già avviate sulla mediazione penale e avvio di ulteriori protocolli tra il CGM, l'ente locale e l'ASL con delega.	Valutazione sperimentazione

125 - Miglioramento dei processi di conoscenza del fenomeno e della sua evoluzione

	Area	Strumento	Azione Chiave	Indicatore
125.S1	Sociale	Normativa vigente	Proseguimento del monitoraggio del fenomeno della devianza minorile Individuazione di strumenti per la valutazione degli interventi realizzati dai servizi	Totale dei soggetti presi in carico/totale dei soggetti segnalati Totale recidive precedente triennio (1998/2000)/ recidive triennio 2001/2003 Individuazione degli indicatori

LE POVERTÀ

Le azioni prioritarie

Il fenomeno della povertà assume, anche sul nostro territorio, forme diversificate e complesse che richiedono strategie di intervento integrate da parte di tutti coloro che operano nel settore. Tale impegno dovrà svilupparsi su più fronti, garantendo la circolarità delle informazioni, il lavoro di rete e la crescita comune, ferme restando le autonomie operative di ciascun singolo attore sociale territoriale.

Occorre, quindi, rafforzare il partenariato nella preparazione, sorveglianza, valutazione degli interventi, individuando le parti più rappresentative a livello locale e tenendo conto dell'esigenza di promuovere concrete possibilità di integrazione delle diverse prestazioni, tenuto conto degli interventi e dei progetti già in corso, assicurando nel contempo che tutte le parti appropriate, in ciascun ambito territoriale, vengano coinvolte nelle varie fasi della programmazione.

Richiamate le argomentazioni già esplicitate nella parte prima del presente documento, si conferma l'esigenza di individuare alcune azioni prioritarie in relazione agli obiettivi esplicitati:

126 - Promozione e sviluppo di una rete integrata dei servizi e degli interventi fortemente collegata alle politiche sociali complessive

	Area	Strumento	Azione Chiave	Indicatore
126.S1	Sociale	Normativa vigente nazionale Delibera di Giunta regionale	Sviluppo del sistema e la rete dei servizi	Numero delle politiche implicate territorialmente (formative, occupazionali, socio/sanitarie ecc.) Presenza di accordi di collaborazione e, dove possibile, di protocolli formalizzati Numero servizi coinvolti
126.S2	Sociale	Piano di finanziamento	Rafforzamento dell'area del no profit	Numero di attori coinvolti e progetti avviati Sviluppo di reti di paternariato
126.S3	Sociale		Avvio di servizi in aree territoriali ritenute prioritarie o per alcuni settori e categorie di destinatari	Numero di attori, utenti e strumenti

127 - Sviluppo dell'autonomia delle persone e il contenimento delle recidive, attraverso iniziative di reinserimento e reintegrazione sociale, abitativa, di formazione professionale e lavorativa, tramite un supporto sociale personalizzato

	Area	Strumento	Azione Chiave	Indicatore
127.S1	Sociale	Normativa nazionale DGR	Centri di ascolto polivalenti e interventi di educativa di strada	Documentazione per progetti mirati e personalizzati Consistenza numerica del fenomeno/risorse impiegate, analisi dettagliata del fenomeno e del territorio, descrizione qualitativa e quantitativa Dispositivi di valutazione
127.S2	Sociale	DGR	Interventi finalizzati al reinserimento lavorativo e abitativo	Documentazione per progetti mirati e personalizzati Consistenza numerica del fenomeno/risorse impiegate, analisi dettagliata del fenomeno e del territorio, descrizione qualitativa e quantitativa Dispositivi di valutazione

128 - Promozione di una rete di accoglienza in situazioni di emergenza

	Area	Strumento	Azione Chiave	Indicatore
128.S1	Sociale	Normativa Nazionale DGR	Favorire l'accesso all'alloggio in particolare a quelli a protezione sociale, finalizzato al recupero Garantire una rete di accoglienza in situazioni di emergenza	Azioni realizzate e metodologie adottate Tassi di partecipazione del gruppo target Dimensione territoriale

129 - Avvio di una ampia e corretta conoscenza dei fenomeni in atto

	Area	Strumento	Azione Chiave	Indicatore
129.S1	Sociale	Ricerche Mirate	Analisi delle politiche territoriali messe in campo Analisi del fenomeno a livello territoriale Analisi della rete coinvolta Coerenza tra bisogni/intervento	Documentazione Dispositivi di monitoraggio e valutazione Presenza di percorsi di formazione degli operatori/volontari Accordi e/o protocolli

9. Invalidi civili

Accertamento sanitario

I dati di gestione delle attività accertative svolte dalle aziende sanitarie locali, riferiti all'anno 2000, dimostrano che sono attivate 128 commissioni (105 di accertamento dell'invalidità, 23 commissioni uniche per i ciechi ed i sordomuti) in 85 distretti socio sanitari. Le commissioni hanno che hanno effettuato n.° 10.777 sedute convocando a visita di 167.449 persone convocate a visita e n. 118.070 accertamenti.

A qualche anno dalla entrata in vigore della l.r. 31/97 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali" l'attività accertativa all'interno della generalità delle ASL ha potuto avvalersi di un contesto organizzativo complessivamente ben delineato e ciò anche a seguito della istituzione e 'messa a regime' del Servizio di Medicina Legale, titolare della attività di accertamento.

Le commissioni sanitarie per l'invalidità civile hanno valenza medico-legale e sono composte dagli specialisti medici espressamente previsti dalla normativa per numero (minimo tre) e professionalità con conseguente necessità per le ASL di avvalersi di professionisti esterni.

Il bilancio delle attività accertative verifica un significativo valore aggiunto derivante dal fatto che ad un numero di commissioni e di sedute sostanzialmente analogo a quello degli anni precedenti, corrisponda un maggior numero di accertamenti con una presenza di "valore aggiunto". Anche i tempi di attesa, fattore di qualità del servizio, sono decisamente diminuiti rispetto al passato - punte di eccellenza 69 giorni di attesa per la visita coesistono con singole realtà territoriale, dove i tempi sono ancora notevoli) 4/5 mesi di attesa per la visita -, ma in generale viene rispettato il tempo prescritto per la conclusione del processo di accertamento (visita e trasmissione verbale all'utenza) individuato dall'obiettivo regionale indicato ai Direttori Generali delle ASL di 150 giorni, comprensivi dei 60 giorni previsti per la Commissione periferica del Ministero del Tesoro.

Un aggravio di lavoro per le commissioni di accertamento deriva dal fatto che, a seguito della definitiva attuazione delle disposizioni sull'immigrazione, ora anche alcune categorie di cittadini extra comunitari possono accedere al sistema di accertamento con la conseguenza di un incremento dell'attività con circa 400 accertamenti dedicati.

La individuazione dello status di invalido civile con diritto alla indennità di accompagnamento quale requisito per l'accesso al buono socio sanitario porterà ulteriore incremento all'attività delle commissioni accertative.

Analogamente le nuove possibilità di permessi, esenzioni, facilitazioni previste sia dalla normativa finanziaria (finanziaria 2001, collegato alla finanziaria) che di settore (L. 53/2000 "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città") tendono ad un aumento della richiesta di accertamenti della condizione di handicap.

In fine è opportuno rilevare che la L. 68/99 "Norme per il diritto al lavoro per i disabili" sul collocamento lavorativo mirato dei disabili individua le commissioni per l'accertamento di invalidità, integrate da un operatore sociale, quali organi deputati per la valutazione delle potenzialità lavorative delle persone disabili secondo le modalità indicate nel DPCM 13 gennaio 2000 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili".

In tal senso sono state approvate le Linee guida per detta valutazione contenenti indicazioni in merito alle modalità operative da adottarsi da parte delle commissioni mediche delle ASL.

Azioni da intraprendere

- Indicazioni di carattere organizzativo alle ASL per la pianificazione delle visite;
- puntuale definizione con comunicazioni di indirizzo alle ASL in merito alle più importanti innovazioni;
- definizione di nuovi modelli di rilevazione della attività delle commissioni per un più puntuale controllo di gestione con particolare riguardo ai tempi di attesa del processo (obiettivo dei direttori generali fissato in 150 giorni);
- sperimentazione e "messa a regime" su tutto il territorio regionale del processo di accertamento ai sensi della L. 68.99;
- ricadute positive sull'intero processo di invalidità civile con previsione di commissioni differenti per classi d'età (minori, maggiorenni in età lavorativa, anziani);
- unificazione dell'accertamento di invalidità civile e della capacità lavorativa, per persone in età lavorativa.

Concessione provvidenze economiche

L'art.130 d.lgs. n. 112/98 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e agli Enti locali, in attuazione al capo I della L. 15 marzo 1997 n. 59" ha conferito alle regioni la funzione di concessione dei trattamenti economici agli invalidi civili e la l.r. 1.2000 art. 4, comma 57 "Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del Decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112 Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59" ha disposto il trasferimento della funzione alle ASL e, per il territorio della città di Milano, al Comune.

Il DPCM "Trasferimento alla Regione Lombardia dei beni e delle risorse finanziarie, umane, strumentali ed organizzative per l'esercizio delle funzioni conferite dal decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112", del 22.12.2000, pubblicato il 21.2.2001, ha sancito la decorrenza dell'effettivo esercizio della funzione da parte degli enti concessori a partire dal 21.2.2001.

Gli uffici concessori sono ora dislocati nelle 14 ASL e nel Comune di Milano, per un totale di 15 uffici, e sono tutti attivi.

Il carico di lavoro di questi uffici è, per ovvie ragioni, stimabile in base al fatto che hanno potenzialmente diritto alle provvidenze economiche solo gli invalidi riconosciuti con una percentuale di invalidità pari o superiore al 74%.

Per il 2000 il dato ammonta a 67.375 pratiche complessive a cui sono da aggiungere gli arretrati provenienti dalla precedente gestione (Prefettura), che a Milano ammonta ancora a 40.000 pratiche circa, nonostante l'intervento regionale ne abbia già smaltite altre 68.000 pratiche).

Per quanto riguarda i tempi del processo di concessione, è stato assegnato ai Direttori Generali delle ASL come obiettivo l'espletamento delle pratiche entro 90 giorni dalla trasmissione del verbale di accertamento.

Da un primo monitoraggio risulta che la maggior parte delle ASL riesce a rispettare questo obiettivo e, in qualche caso, a superarlo (a Cremona 30/40 giorni) mentre maggiori difficoltà si riscontrano a Milano e provincia a causa degli arretrati ancora presenti.

Il modello lombardo di sostegno all'invalidità si connota per le seguenti modalità innovative:

- identificazione di un unico punto di accesso per il cittadino presso le sedi distrettuali delle commissioni sanitarie per l'accertamento dell'invalidità con la contestuale richiesta sia della prestazione di natura sanitaria (accertamento medico-legale) che di natura economica (concessione dei benefici economici), comprensiva dell'autocertificazione dei requisiti socio-economici che confluiscono in un «modello unico» di domanda;
- identificazione del Dipartimento ASSI delle ASL (con la sola eccezione del Comune per il territorio cittadino di Milano), quale unità organizzativa responsabile dell'istruttoria della pratica e della successiva emanazione del provvedimento di concessione dei benefici economici, la cui erogazione, ai sensi di legge, continua a rimanere di competenza dell'INPS;
- razionalizzazione delle procedure esistenti secondo i principi di efficienza, efficacia ed economicità della gestione ottenuta utilizzando un programma informatico dedicato che inciderà fortemente nel processo evitando inutili duplicazioni di informazioni in modo da garantire uno snello collegamento tra gli uffici distrettuali preposti alla fase di accertamento e quello centrale preposto alla fase di concessione.

L'innovatività del modello lombardo si misura infine anche dal fatto che esso ha anticipato le prescrizioni della legge quadro dell'assistenza di recente approvazione (L. 8 novembre 2000, n. 328) che prefigura «revisione e snellimento delle procedure relative all'accertamento dell'invalidità civile e alla concessione delle prestazioni spettanti, secondo il principio della unificazione delle competenze, anche prevedendo l'istituzione di uno sportello unico».

Azioni

- ◆ Supporto formativo e di aggiornamento agli operatori degli uffici concessori;
- ◆ definizione di modelli di rilevazione per il controllo di gestione con particolare riguardo ai tempi di attesa (90 gg);
- ◆ partecipazione attiva al tavolo di confronto nazionale in merito all'attuazione dell'art.130 d.lgs. n. 112/98 e alle problematiche connesse;
- ◆ supporto alle ASL per la “messa a regime” della procedura informatica consegnata.

130 – Riduzione dei tempi di espletamento delle domande di invalidità civile

	Area	Strumento	Azione Chiave	Indicatore
130.S1	Sociale	Rilevazione Informatizzata	Formazione Supporto Organizzativo	Tempo per l'accertamento < 150 giorni
		Rilevazione informatizzata	Formazione Supporto Organizzativo	Tempo per la Concessione < 90 giorni

10. Le azioni a favore dei paesi in via di sviluppo

La qualità degli operatori e dei servizi sanitari offerti nella nostra Regione e la contemporanea presenza di molte ONG con sede in Lombardia che operano in paesi in via di sviluppo hanno, negli ultimi anni, moltiplicato le richieste di assistenza e di supporto a progetti tesi a migliorare le condizioni dei paesi nei quali le organizzazioni operano.

Accanto, quindi, a progetti di cooperazione che interessano in prima istanza la struttura Relazioni Esterne della Presidenza, la D.G. Sanità ha voluto prevedere, con la delibera n: VII/4648 del 18 maggio 2001, lo stanziamento di una quota del fondo sanitario per interventi di assistenza sanitaria a favore di cittadini stranieri.

Aldilà di interventi su singoli casi, l'idea che si vuole perseguire è quella di poter favorire il passaggio di tecniche e di conoscenze tra gli operatori, mettendo quindi in grado i paesi beneficiari di poter affrontare e gestire patologie che sono causa di morte per mancanza di mezzi e “know how”, implementando una politica di crescita culturale e professionale che, lungi dall'assistenzialismo fine a se stesso, promuova una valorizzazione delle risorse locali e l'autonomia dei singoli paesi.

Una conferma in questa direzione è la l.r. 10/2001 “Utilizzazione a fini umanitari del patrimonio mobiliare dismesso delle aziende sanitarie” con la quale si intende mettere a disposizione delle ONG che ne faranno richiesta, nell'ambito

di progetti di cooperazione in atto in paesi in via di sviluppo, materiali e strumentazioni ancora validi ma che non sono più adeguati agli standard richiesti.

131 – Rispondere ai bisogni di salute di cittadini stranieri, incrementando le capacità professionali degli operatori e le dotazioni di materiali e strumenti dei paesi in via di sviluppo.

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatore
131.AC1	Assistenza/cura	DGR annuale	Assistenza a cittadini stranieri	N. cittadini stranieri assistiti
131.AC2	Assistenza/cura	Progetti di cooperazione internazionale	Incrementare le capacità professionali degli operatori dei paesi coinvolti nei progetti	N. di interventi di assistenza/formazione attuati
131.AC3	Assistenza/cura	l.r. 10/2001	Creare il link tra aziende sanitarie e ONG per l'acquisizione del patrimonio dismesso dalle aziende	Quantità di materiale e strumenti consegnati alle ONG

11. La politica del farmaco

La terapia farmacologica rappresenta una delle aree principali dell'attività sanitaria, oltre che uno dei capitoli più importanti di spesa.

L'uso razionale dei farmaci costituisce di conseguenza un obiettivo prioritario, il cui raggiungimento deve essere assicurato attraverso un insieme articolato di attività orientate a garantire il massimo dei benefici ai fini della profilassi e della terapia, con il minimo dei rischi, a condizioni di costo compatibile con le risorse disponibili e la spesa sanitaria complessiva.

Gli indirizzi fondamentali in materia di assistenza farmaceutica e di politica del farmaco sono in larga misura prefissati dal livello centrale che tramite la Commissione unica del farmaco stabilisce la qualità dell'assistenza da erogare per assicurare livelli uniformi di assistenza farmaceutica.

La Regione, nell'ambito dei compiti istituzionali di governo e programmazione e di coordinamento, ha il potere di delineare qualificanti momenti di intervento nella materia sia nell'individuazione degli obiettivi da raggiungere e nella verifica dei risultati, sia nell'individuare eventuali livelli aggiuntivi di assistenza da erogare.

La politica regionale sul farmaco trova la sua definizione nello sviluppo di condizioni di conoscenza e di uso del farmaco tali da trasformarlo sempre più in un bene di salute e perciò sempre più in uno strumento caratterizzato da rapporto rischio/beneficio e costo/beneficio chiaramente favorevoli.

Nella prospettiva di una progressiva crescita qualitativa della situazione del farmaco, l'attività della Regione si deve porre non solo come luogo di applicazione di quanto previsto dalle leggi dello Stato, ma come occasione di sviluppo e proposta di iniziative avanzate; per questo è necessario recepire il processo di devolution in materia sanitaria che prevede il trasferimento a livello regionale delle determinazioni in materia di assistenza e spesa farmaceutica.

L'area del farmaco deve essere un modello per interventi che integrino una gestione organizzativa ed economica rigorosa e una politica culturale avanzata, innovativa, capace di coinvolgere operatori e popolazione.

Si devono intendere in questa logica unitaria 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.

Un'assistenza farmaceutica capace di coniugare le risorse disponibili con le esigenze di buona salute in una popolazione con aumento costante della vita media, non può prescindere dalla valorizzazione del ruolo delle farmacie territoriali ed ospedaliere nell'assistenza farmaceutica, costituendo assieme ai MMG e PLS 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 in quanto capace di filtrare l'accesso alle più costose cure specialistiche ed ospedaliere. Tale valorizzazione non può prescindere dalla riorganizzazione e potenziamento delle funzioni farmaceutiche regionali.

Quanto premesso impegna la Regione ad operare sui seguenti obiettivi:

1. Attuazione delle misure contenute nell'accordo Stato e Regioni dell'8 agosto 2001, confermate nella L. 405/01 che delega alle Regioni importanti funzioni di governo della spesa farmaceutica quali:
 - a) la definizione dei tetti di spesa e dei volumi erogativi di assistenza farmaceutica;
 - b) la definizione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa, in caso di superamento del tetto di spesa programmato;
 - c) l'individuazione di forme di distribuzione dei farmaci che consentano maggiori risparmi per il S.S.N.;
 - d) la scelta dei farmaci nell'ambito del prontuario nazionale, da porre a totale o parziale carico del S.S.N.;
 - e) la scelta dei farmaci generici disponibili nella Regione, da assumere come riferimento per quanto riguarda il prezzo, per la concedibilità a carico del S.S.N. di farmaci analoghi;
 - f) la partecipazione a sperimentazioni ministeriali in materia di contenimento della spesa farmaceutica.

132 - Uso razionale dei farmaci

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatore
132.Gef1	Gestione risorse economico finanziarie	Devolution	Qualificazione dei servizi farmaceutici territoriali ed ospedalieri mediante la valorizzazione del sistema delle farmacie	Contenimento della spesa farmaceutica territoriale al di sotto del valore medio nazionale
132.Gef2	Gestione risorse economico finanziarie	Commissioni terapeutiche ospedaliere	Razionalizzazione dell'uso dei farmaci in ospedale con la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici organizzati per aree/patologie	Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera
132.GE1	Gestionale	Creazione di un osservatorio regionale sul farmaco	monitoraggio dell'utilizzo dei medicinali in Lombardia.	Relazione annuale sull'utilizzo dei farmaci
132.GE2	Gestionale	Osservatorio regionale sul farmaco	Raccolta delle segnalazioni e monitoraggio delle reazioni avverse ai farmaci	Relazione annuale sulle reazioni avverse ai farmaci
132.GE3	Gestionale	Campagne informative per la popolazione e gli operatori	Diffusione delle informazioni sul buon uso del farmaco e sull'uso dei farmaci generici	n. campagne organizzate a livello provinciale

Azioni a supporto delle azioni principali:

1. Conferma dell'attività di monitoraggio e di controllo delle prescrizioni farmaceutiche territoriali e definizione di procedure per evidenziare aree critiche di intervento da parte delle ASL con lo scopo di correggere fenomeni di iperconsumo e d'uso improprio dei farmaci;
2. Rilevazione dei dati di consumo dei farmaci utilizzati in ambiente ospedaliero con lo scopo di correlare i consumi farmaceutici ospedalieri con quelli territoriali e di correlare la spesa farmaceutica ospedaliera a indicatori di attività;
3. Razionalizzazione della spesa sostenuta per l'assistenza integrativa di prodotti dietetici, protesici e dispositivi per diabetici, con la definizione dei tetti prescrittivi e l'introduzione del fustello di riconoscimento per il controllo dei prodotti dispensati;
4. Trasmissione all'ASL da parte delle farmacie dei dati di vendita dei farmaci a totale carico dei cittadini implementando la rete informatica;
5. Monitoraggio intensivo di tutti farmaci nei primi due anni dall'immissione in commercio ed incrocio con i dati di prescrizione.

133 - Consentire il rapido utilizzo dei nuovi farmaci al servizio dei pazienti

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatore
133.GE1	Gestionale	Sperimentazione clinica ospedaliera	Individuazione di un percorso attuativo delle normative ministeriali che renda tempestiva la valutazione dei protocolli da parte dei comitati etici	N. sperimentazioni avviate
133.GE2	Gestionale	Applicazione Decreto 10 Maggio 2001	Stesura ed applicazione del Regolamento per la sperimentazione clinica controllata in MMG e PLS	Regolamento Indicatori di monitoraggio
133.Gru1	Gestione risorse umane	Accordi di programma con università, società scientifiche, Industria	Indirizzo e partecipazione alla formazione dei Medici Sperimentatori	Numero MMG/PLS formati
133.Gru2	Gestione risorse umane	Iniziative in sede IReF	Indirizzo e partecipazione alla formazione dei Farmacisti e dei Medici delle aziende sanitarie locali coinvolti nella gestione delle iniziative di Sperimentazione	Numero operatori formati Indicatori di qualità della formazione

134 - Tempestiva individuazione dei bisogni emergenti

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatore
134.GE1	Gestionale	Flussi informativi sulla farmaceutica	progetti di ricerca di farmaco-epidemiologia, di farmaco-economia e di farmacovigilanza	N. progetti attivati

Azioni a supporto dell'azione principale

Conferma delle linee guida regionali per l'attuazione delle funzioni farmaceutiche a livello territoriale e ospedaliero (DGR 64964 del 7 marzo 1995) e adeguamento al dettato della legge regionale 31/97 in materia di separazione di competenze fra ASL e strutture sanitarie di ricovero e cura, con l'obiettivo di implementare la rete di farmaco vigilanza, intesa non solo come strumento di raccolta di reazioni avverse ma come sistema di sorveglianza continua e attiva sugli effetti dei farmaci, positivi e negativi, attraverso il coinvolgimento di farmacisti e medici che dovranno assumere il ruolo di revisori critici delle proprie prescrizioni.

12. Il sistema informativo

Nella programmazione regionale il sistema informativo è visto come leva strategica del governo regionale e ciò è particolarmente evidente nei settori sanitario, socio – sanitario e sociale.

L'obiettivo più importante dello sviluppo del sistema informativo è quello di permettere la condivisione e lo scambio delle informazioni essenziali relative al processo di diagnosi, cura ed assistenza che è assicurato da operatori diversi e non collegati tra loro in un'unica struttura organizzativa.

Inoltre, la crescente complessità dell'articolazione della rete degli operatori e dei servizi sanitari e socio - sanitari, corrisponde ad un crescente fabbisogno informativo da parte dell'amministrazione regionale, ai fini di un'adeguata programmazione degli interventi sul territorio, e alla sempre più sentita necessità di superare i problemi storici di lentezza e inefficienza che da tempo hanno caratterizzato le pubbliche amministrazioni italiane nei confronti dei cittadini.

Un adeguato utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione è quindi riconosciuto quale la chiave di volta per garantire sia un'offerta di servizi migliori per cittadini e operatori, sia l'efficiente intercomunicazione dei diversi soggetti sul territorio.

Il miglioramento dell'offerta dei servizi, infatti, deve essere conseguito anche attraverso la realizzazione di servizi infotelematici per i cittadini e operatori (punti informativi, servizi online, ecc.) che consentano di semplificare l'accesso al sistema, migliorandone l'efficienza e la qualità complessive.

Parallelamente, deve essere conseguito il potenziamento dell'interscambio informativo tra i diversi soggetti impegnati sul territorio, finalizzandolo al miglioramento dell'appropriatezza del processo di diagnosi, cura ed assistenza e al monitoraggio e controllo della spesa, dell'andamento dei fenomeni epidemiologici e sociali più significativi e della qualità dei servizi erogati a cittadini ed operatori.

Ne sono presupposti fondamentali, la gestione automatizzata di processi complessi (quali l'accertamento e la concessione dell'invalidità civile), la registrazione automatizzata in tempo reale degli eventi più significativi (eventi sanitari e socio - sanitari quali le prestazioni, ma anche eventi di ambito sociale quali le iscrizioni ai registri del terzo settore, ecc.) e la trasmissione di opportuni flussi di dati e informazioni, attuata in misura sempre crescente per via telematica e attraverso l'impiego di strumenti WEB, tra tutti i soggetti coinvolti:

- la Direzione Generale Sanità della Regione e gli operatori dell'ambito sanitario (ASL, AO, poliambulatori, case di cura, strutture diagnostiche, farmacie, MMG e PLS);
- la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale e gli operatori dell'ambito socio - sanitario (dipartimenti ASSI delle ASL, consultori, residenze sanitarie assistenziali, Istituti di Riabilitazione, Istituti Educativi per Handicap, ecc.), nonché gli operatori e gli enti dell'ambito sociale (Province, Comuni, Organismi del terzo settore, Asili nido, Strutture di accoglienza per minori e per immigrati, ecc.).

È opportuno ricordare che recentemente, in ambito sociale, un rinnovato accento sul sistema informativo è stato posto anche a livello nazionale, in seno alla L. 328/2000 che, all'art.21, istituisce il sistema informativo degli interventi sociali prevedendo a tal fine l'azione coordinata dello Stato, delle Regioni, delle Province e dei Comuni.

L'attuazione degli indirizzi sopra esposti si articola a diversi livelli: dalla realizzazione dell'infrastruttura, alla interoperabilità dei sistemi applicativi, allo sviluppo, in ambito sanitario e socio – sanitario, del progetto "Carta regionale dei Servizi" attraverso la realizzazione del Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS), fino all'incentivazione economica dell'adeguamento tecnologico dei Sistemi Informativi aziendali.

Gli ultimi due aspetti vengono più ampiamente descritti nel seguito.

Il Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS)

Il SISS si propone di utilizzare le tecnologie dell'informazione e della comunicazione per trasmettere e distribuire in tempo reale le informazioni sanitarie e amministrative, migliorando sia la qualità dell'assistenza in ambito socio - sanitario sia l'efficienza complessiva del sistema.

Infatti, per ovvie ragioni di bilancio, il costo della gestione del SISS deve, a regime, essere compensato dai risparmi diretti e indiretti scaturiti da un notevole aumento dell'efficienza gestionale, da una maggior capacità di controllo della spesa e dall'incremento della quantità e della qualità dei servizi sanitari offerti al cittadino.

Il Sistema Informativo Socio Sanitario è costituito, nel suo complesso, dall'insieme dei sistemi informativi delle aziende sanitarie ed ospedaliere, connessi in rete fra loro, e con la Direzione Generale Sanità della Regione, nonché dai sistemi informativi delle strutture socio-sanitarie, connessi in rete tra loro e con la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale.

Il SISS utilizza appieno l'infrastruttura messa a disposizione dal progetto Lombardia Integrata ed è grazie ai servizi messi a disposizione dal SISS che i sistemi sanitari e socio – sanitari locali possono operare in maniera integrata nell'ambito di un'unica rete socio - sanitaria regionale, rendendo possibile la cooperazione fra sistemi eterogenei, finalizzata allo scambio telematico di dati in tempo reale.

Si noti come aziende e Strutture godano della massima autonomia e responsabilità nella organizzazione del proprio sistema informativo interno.

In particolare, l'utilizzo del Network Virtuale dovrà supportare tutte le comunicazioni tra i differenti operatori.

La Giunta regionale è impegnata a realizzare, in tempi brevi, i seguenti punti:

- utilizzo di una rete pubblica in modo privato, realizzando un "network virtuale" usato come rete privata senza avere i costi di una rete privata reale ma garantendo il necessario livello di sicurezza e riservatezza dei dati trasmessi, come previsto dalla legge;
- collegamento di tutti gli operatori sanitari (medici e farmacie) con tutte le strutture sanitarie pubbliche e private (ASL, AO, Poliambulatori, Case di cura, strutture diagnostiche);
- collegamento degli operatori e delle strutture sanitarie con l'Assessorato regionale alla Sanità;
- possibilità di prenotare le prestazioni sanitarie direttamente presso il medico di base o in farmacia;
- collegamento delle strutture socio – sanitarie pubbliche e private (residenze sanitarie assistenziali per anziani, istituti educativo – assistenziali per handicap, consultori ecc.) con l'Assessorato regionale alla Famiglia e Solidarietà Sociale;
- identificazione di operatori e cittadini attraverso smartcard e strumenti di firma elettronica, anche a valore legale;
- registrazione in tempo reale di tutti gli eventi, sia dal punto di vista amministrativo che dal punto di vista sanitario e socio - sanitario;
- in prospettiva, nel lungo periodo, capacità di sostituire completamente i documenti cartacei con documenti elettronici a validità legale in tutte le fasi del processo di prescrizione, diagnosi e cura.

Principali vantaggi attesi dal SISS:

Per i cittadini

- miglioramento dei servizi ricevuti da medici di base, farmacie, operatori ed aziende sanitarie, operatori e strutture socio – sanitarie mediante una semplificazione nell'accesso ai servizi e una maggiore celerità nell'iter di prescrizioni ed erogazioni di farmaci e prestazioni.

Per gli operatori

- maggiori informazioni sugli assistiti ed accesso a nuove possibilità di comunicazione tra gli operatori sanitari e socio - sanitari.

Per la Regione

- più efficace governo della spesa;
- incremento qualitativo e quantitativo dei dati clinici ed amministrativi;
- miglioramento dei servizi al pubblico, agli operatori ed alle aziende sanitarie e alle strutture socio-sanitarie.

Quale indicatore per la realizzazione del piano, si può individuare la diffusione dei servizi previsti dal progetto SISS sul territorio regionale, la cui estensione a tutta la Regione è pianificata, a seguito della valutazione positiva della fase sperimentale in atto, a partire dal 2003.

135 - Diffusione del Sistema Informativo Socio Sanitario

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatore
135.GE1	Gestionale	DGR	Realizzazione del SISS in tutte le sue articolazioni e su tutto il territorio regionale.	Percentuale di prescrizioni fatte attraverso il SISS

Sistemi informativi aziendali

I sistemi informativi aziendali sono sviluppati, come stabilisce la l.r. n. 31, 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 rendendo più facile la accessibilità alle informazioni dall'esterno (MMG, cittadini, altre strutture sanitarie e socio - sanitarie).

I sistemi Informativi aziendali delle aziende sanitarie e delle Case di Cura non sono ancora adeguati a sfruttare gli strumenti ICT che consentono, sia nel campo amministrativo che in quello clinico, di migliorare significativamente la qualità del servizio senza consumare risorse aggiuntive.

Si dovranno completare le infrastrutture di rete, si dovrà diffondere l'utilizzo degli strumenti informatici già in uso e si dovranno introdurre nuovi strumenti informatici per la gestione delle informazioni cliniche e amministrative e maggior

attenzione dovrà essere rivolta alla sicurezza delle reti aziendali e al loro adeguamento alla normativa tecnica promulgata nell'ambito della difesa della privacy.

L'azienda sanitaria ha la responsabilità di tutelare i dati sensibili prodotti al suo interno e quindi il sistema informativo aziendale deve garantire l'integrità e la sicurezza dei dati, impedire intrusioni ed accessi non autorizzati.

La rete aziendale dovrà essere collegata (in uno o più punti) con l'infrastruttura di Lombardia Integrata ed, eventualmente anche in modo autonomo, ad Internet, con il solo vincolo funzionale di soddisfare il debito informativo nei riguardi della Regione e di consentire l'integrazione dei propri servizi con il SISS

L'accesso al dominio centrale regionale, che contiene tutti i dati di competenza della Direzione Generale Sanità e della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale e fornisce i servizi di sicurezza e di controllo degli accessi richiesti dai servizi centralizzati del SISS, sarà assicurato dalla rete privata virtuale che utilizza l'infrastruttura di Lombardia Integrata e potrà essere assicurato anche da un autonomo "canale sicuro" privato, utilizzando gli strumenti messi a disposizione dalle due Direzioni Generali (database di competenza e collegamento con i sistemi interni delle Direzioni).

I Sistemi Informativi aziendali dovranno progressivamente estendersi a tutti i processi gestionali, sia amministrativi, sia sanitari, sia socio – sanitari, e dovranno permeare il più possibile anche il processo di diagnosi, cura e assistenza del paziente.

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 avendo, così, la possibilità di offrire strumenti per il controllo di gestione e la misura del rapporto costo – qualità dei servizi offerti al cittadino.

Dovranno prevedere strumenti di interfaccia con l'esterno, su specifiche standard e, comunque, compatibili con quelle rilasciate dal SISS

Tali sistemi dovranno essere sviluppati utilizzando strumenti di sviluppo standard, su sistemi operativi aperti e ponendo la massima attenzione all'esistenza e all'evoluzione degli standard di mercato, a protezione degli investimenti informatici effettuati.

Particolare attenzione dovrà essere rivolta agli strumenti di tipo WEB per la gestione delle informazioni e all'integrazione dei sottosistemi applicativi, attraverso strumenti basati sulla gestione del workflow del "processo di cura" e sulla visibilità dei "percorsi" del paziente attraverso i diversi livelli dell'organizzazione sanitaria e socio - sanitaria.

Si dovrà diffondere il più possibile la capacità di registrazione degli eventi sanitari, con la possibilità di accedere, anche al di fuori dell'applicativo che lo ha generato, al referto originato da ciascun evento, garantendo la riservatezza dell'informazione sanitaria.

Dovranno essere previsti strumenti di firma elettronica, di conservazione legalmente riconosciuta dei documenti elettronici e la capacità di integrare o legare tra loro diversi documenti elettronici, anche a validità legale.

Infine il SISS garantirà l'accesso dei Medici di Medicina Generale al Sistema Informativo aziendale, rendendo accessibili le informazioni cliniche sui loro pazienti contenute nei data base aziendali, per rendere possibile la continuità della cura.

Entro il triennio i sistemi informativi aziendali dovranno essere adeguati alla pubblicazione dei referti (anche ambulatoriali) con tecniche di tipo Web, mentre si inizierà l'integrazione dei sottosistemi applicativi, attraverso strumenti basati sulla gestione del workflow del "processo di cura e assistenza" e l'integrazione dei Medici di Medicina Generale nel SISS e, di conseguenza, nei Sistemi Informativi aziendali.

Per questo è importante che si diffonda l'uso di cartelle cliniche di reparto, di sistemi di refertazione ambulatoriale e di gestione informatica del verbale di Pronto Soccorso.

Infine, dovrà iniziare il processo, previsto nel lungo periodo, di organizzazione clinica delle informazioni sanitarie presenti nel SISS e la capacità dei MMG di far condividere anche agli altri operatori coinvolti nel processo di diagnosi e cura, ivi compresi quelli della socio – sanità, le informazioni sanitarie essenziali dei loro assistiti.

Sarà necessario un ruolo attivo degli organismi regionali per promuovere ed incentivare le aziende sanitarie in questo processo di sviluppo dei loro sistemi informativi: tale promozione dovrà, però, essere accompagnata da obblighi verso la regione e subordinata ad un miglioramento del servizio reso al cittadino.

Si nota infine che ovvie considerazioni di interoperabilità, sicurezza, manutenzione ed evoluzione tecnologica delle parti importanti dei Sistemi Informativi aziendali portano ad indicare, in modo stringente, che tutte le componenti "mission critical" di tali Sistemi devono essere reperiti sul mercato con la prudenza necessaria a non creare pericolose dipendenze da un singolo fornitore.

L'azienda sanitaria deve mantenere il controllo del proprio sistema informativo, mantenendo al proprio interno le competenze necessarie, mentre le funzioni operative, quando non ostino disposizioni normative o capacità di fornire un servizio adeguato, potranno essere appaltate all'esterno, compreso la disponibilità delle risorse fisiche del sistema.

Il principio che deve guidare il governo e lo sviluppo dei sistemi Informativi aziendali è la limitazione massima delle attività dell'azienda sanitaria alle proprie attività istituzionali, esternalizzando per quanto possibile tutte le altre ma mantenendo, sempre, il controllo completo (con proprie risorse) dei processi sanitari e socio - sanitari, gestionali e amministrativi che fanno parte delle proprie attività istituzionali.

136 - Sviluppo dei Sistemi Informativi Aziendali

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatore
136.GE1	Gestionale	DGR	Incentivi allo sviluppo e alla diffusione dei servizi all'interno del Sistema Informativo Aziendale	N. di referti accessibili attraverso il SISS

13. La medicina complementare**Situazione di riferimento**

Il progressivo interesse dei cittadini verso le prestazioni di medicina complementare, accompagnata da un parallelo sviluppo di attività e di esperienze hanno indotto la Regione Lombardia ad adottare, nel febbraio 2000, la delibera 48041 con la quale si richiedeva ai medici e agli operatori che praticano la medicina complementare di proporre degli studi «osservazionali» con lo scopo di una valutazione preliminare degli effetti di interventi di medicina complementare su specifiche patologie.

La chiamata a «studi osservazionali» sull'applicazione di medicina complementare a particolari patologie ha ottenuto ben 132 proposte di studio delle quali 96 approvate dall'apposito Comitato Tecnico Scientifico istituito con il compito ulteriore di controllare l'evoluzione degli studi e di valutare i risultati in ordine a sviluppi che interessano direttamente il presente piano socio sanitario regionale.

Lo sviluppo possibile**137 - Governare il processo di integrazione tra la medicina convenzionale e quella non convenzionale**

	Area	Strumento	Azione principale	Indicatore
137.AC1	Assistenza/cura	Studi osservazionali	Controllo e monitoraggio dei progetti approvati	Conclusione positiva di almeno il 50% dei progetti approvati

La fase successiva agli studi, per diversi motivi da considerare preliminare, sarà configurata come una sperimentazione clinica in piena regola dei rimedi che si sono manifestati maggiormente interessanti per efficacia terapeutica con la prospettiva di vantaggioso rapporto economico rispetto a trattamenti convenzionali.

Inoltre è da prevedersi lo sviluppo delle attività di medicina complementare anche nel settore delle cronicità, con particolare riferimento ai disabili e alla popolazione anziana che spesso traggono i maggiori vantaggi dalle pratiche delle così dette «terapie dolci».

Le azioni a supporto per il raggiungimento dell'obiettivo indicato sono:

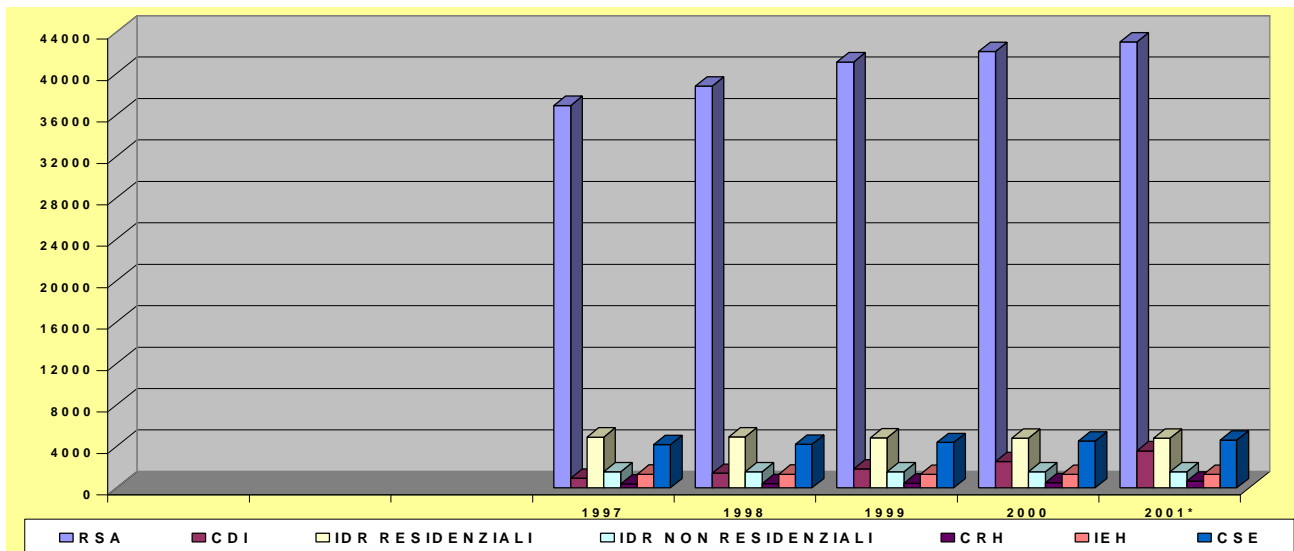
- stimare la domanda espressa di medicina complementare;
- censire i servizi di medicina complementare operanti nel territorio lombardo;
- definire i percorsi formativi e le problematiche deontologiche riguardanti gli operatori che erogano prestazioni di medicina complementare;
- studiare l'opportunità di promozione e di istituzione di albi delle professioni di medicina complementare, distinti per profili e competenze professionali;
- elaborare un nomenclatore tariffario delle prestazioni di medicina complementare;
- elaborare linee e modalità di informazione rivolte all'utenza;
- esaminare l'opportunità di iniziative sperimentali di collaborazione tra servizi di medicina complementare e strutture pubbliche e private accreditate;
- censire e monitorare le scuole e i centri di formazione esistenti in regione;
- contribuire alla formulazione delle proposte della Regione Lombardia al fine di promuovere iniziative legislative, a livello nazionale, per il riconoscimento della medicina non convenzionale.

Tabella 1
RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI
Confronto tra diverse ipotesi di definizione del fabbisogno

	Anno		
	2.002 1 genn.	2.007 1 genn.	2.012 1 genn.
STIMA DELLA POPOLAZIONE (fonte: hp. 2 Blangiardo)			
Pop. >= 75	643.469	707.877	765.041
pop. >= 65	1.580.626	1.706.877	1.763.773
IPOTESI DI RIDEFINIZIONE DEL FABBISOGNO			
Hp. 1 Indice vigente, definito dal POA (3,5% pop. >=65)	55.322	59.741	61.732
Hp. 2 (*) Indice calcolato pari alla % di dotazione 2001 (7% pop. >=75)	45.043	49.551	53.553
DOTAZIONE PREVISTA PER DIC. 2001: 44.000			
CARENZA DA COLMARE (in posti letto)			
Hp. 1	11.322	4.419	1.991
Hp. 2	1.043	4.508	4.002

(*) Il numero di posti letto attuali corrisponde a circa il 7% della pop.>=75

Tabella 2
ANALISI DELL'OFFERTA - SISTEMA SOCIO-SANITARIO
CAPACITA' RICETTIVA ACCREDITATA



	RSA	CDI	<i>IDR RESIDENZIALI</i>	<i>IDR DIURNI</i>	CRH	IEH	CSE
1997	36.920	920	4.885	1.542	371	1311	4159
1998	38.790	1.396	4.895	1.542	401	1316	4201
1999	41.121	1.814	4.822	1.551	448	1287	4372
2000	42.120	2.531	4.793	1.543	487	1293	4514
2001*	43.041	3.554	4.793	1.543	640	1.293	4.600

IDR: Istituti di Riabilitazione / **CRH:** Centri Residenziali Handicap
IEAH: Istituti Educativi Assistenziali per Handicappati / **CDI:** Centri Diurni Integrati
RSA: Residenze Sanitario Assistenziali

Tabella 3
TRATTAMENTI DI LUNGA DURATA (> 2 anni)
NEGLI ISTITUTI DI RIABILITAZIONE EX ART. 26 L. 833/78
ANNO 2000

Tipologia del trattamento	RESIDENZIALI			SEMIRESIDENZIALI		
	Totale degenze ordinarie	Totale utenti in tratt. >2 anni	% utenti in tratt. >2 anni su tot. utenti	Totale degenze diurne	Totale utenti in tratt. >2 anni	% utenti in tratt. >2 anni su tot. utenti
GERIATRICI	2.151	3	0,1	181	-	-
DISABILI PSICHICI	992	882	88,9	-	-	-
HANDICAPPATI	254	124	48,8	656	61	9,3
Casa del Sole	2	-	-	163	139	85,3
Don Gnocchi	134	29	21,6	949	25	2,6
Sacra Famiglia	794	774	97,5	273	195	71,4
Nostra Famiglia	296	157	53,0	1.498	376	25,1
TOTALE	4.623	1.969	42,6	3.720	796	21,4

Tabella 4
ATTIVITÀ DI ASSISTENZA DOMICILIARE (adi-sad) - ANNO 2000

	Totale utenza	Tipologia utenza				Personale rapportato a tempo pieno						Costo complessivo (in milioni)	Contributo regionale (in milioni)		% incidenza contrib. reg. su costi	
						medico	infermiere	terapist a riab.	asa	educatore	altro		F. San.	F. Soc.		
ADI (anziani e adulti)	54.598	<i>fasce d'età</i>														
		<65	65/74	75/79	>80											
		8.369	11.749	11.416	23.064	102	1.092	235	67		89	105.712	83.000		79	
SAD (anziani e disabili)	30.437	<i>n° anziani</i>		<i>n° disabili</i>												
		27.086		3.351												
SAD (minori)	3.339	<i>fasce d'età</i>														
		0/5	6/10	11/14	15/18											
		416	1.153	1.230	540				495	749	225	15.125		5.535	37	
TOTALE	88.374					102	1.092	235	3.417	948	314	247.290	83.000	44.273		

GLOSSARIO

ADI	Assistenza domiciliare integrata
AEP	Appropriateness evaluation protocol
ALS	Advanced life support
AO	Azienda ospedaliera
ARPA	Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente
ASA	Ausiliario socio-assistenziale
ASL	Azienda sanitaria locale
ASP	Agenzia di sanità pubblica
ASSI	Attività socio-sanitarie integrate
BLS	Basic life support
BMI	Body mass index
BSE	Encefalite bovina spongiforme
CATI	Comitato area territoriale interdipartimentale
CC.CC. NN.LL.	Contratti collettivi nazionali dei lavoratori
CCNL	Contratto collettivo nazionale di lavoro
CDI	Centro diurno integrato
CGM	Centro per la giustizia minorile
CNR	Consiglio nazionale delle ricerche
COEU	Centro operativo emergenza urgenza
CPA	Centro di prima accoglienza
CREU	Comitato regionale per l'emergenza urgenza
CRH	Centro residenziale handicap
CRISP	Centro di ricerca interuniversitario sui servizi di pubblica utilità alla persona
CRS	Carta regionale dei servizi
CS	Customer satisfaction
CSE	Centro socio educativo
DCR	Delibera del Consiglio regionale
DDG	Delibera del Direttore generale
DDUO	Decreto del dirigente dell'unità operativa
DEA	Dipartimento di emergenza, urgenza e accettazione
DG	Direzione generale
DGR	Delibera della Giunta regionale
DH	Day hospital
Dlgs	Decreto legislativo
DM	Decreto ministeriale
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
ECG	Elettrocardiogramma
ECM	Educazione continua medica
EELL	Enti locali
ELISOC	Elisoccorso
EU	Emergenza e urgenza
FAQ	Frequent asked questions
FNPS	Fondo nazionale per le politiche sociali
FRISL	Fondo per la ricostituzione infrastrutture sociali Lombardia
FSE	Fondo sociale europeo
GCP	Gruppo di cure primarie
GdL	Gruppo di lavoro
GU	Gazzetta ufficiale
HACCP	Hazard analysis and critical control points
HPH	Health promoting hospital
IC	Ictus cerebrale
ICDH	Classificazione internazionale delle menomazioni, disabilità ed handicap
ICT	Information and communication technology
IDR	Istituto di riabilitazione
IEAH	Istituto Educativo Assistenziale Handicap
IEH	Istituti educativi per handicap
IM	Infarto al miocardio
IP	Infermiere professionale
IPAB	Istituto pubblico di assistenza e beneficenza
IPM	Istituto per minori
IPS	Istituto professionale statale
IRCCS	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
ISS	Istituto superiore di sanità
IT	Information technology

IVG	Interruzione volontaria di gravidanza
JCAHO	Joint commission on accreditation of health care organizations
JCI	Joint commission international accreditation
L	Legge
LEA	Livelli essenziali di assistenza
l.r.	Legge regionale
MDMA	Monitoraggio droghe e manifestazioni di abuso
MIUR	Ministero dell'università e della ricerca scientifica
MMG	Medico di medicina generale
MTS	Malattie a trasmissione sessuale
NAP	Non autosufficiente parziale
NAT	Non autosufficiente totale
NOC	Nucleo operativo di controllo
OC	Operatore cure domiciliari
OCSE	Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
OECD	Organisation for economic co-operation and development
OGM	Organismo geneticamente modificato
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
ONG	Organizzazione non governativa
ONLUS	Organizzazioni non lucrative di utilità sociale
OOSS	Organizzazioni sindacali
OP	Ospedale psichiatrico
OSS	Operatore socio-sanitario
OTA	Operatore tecnico assistenziale
PAC	Programmazione acquisto e controllo
PDT	Percorso diagnostico terapeutico
PdZ	Piano di zona
PFA	Paralisi flaccide acute
PIC	Passaggio in cura globale
PIL	Prodotto interno lordo
pl	Posto letto
PLS	Pediatra di libera scelta
PO	Progetto obiettivo
POA	Piano di organizzazione aziendale
POR	Piano oncologico regionale
PRS	Piano regionale di sviluppo
PRUO	Protocollo di revisione uso dell'ospedale
PS	Pronto soccorso
PSN	Piano sanitario nazionale
PSS	Piano socio-sanitario
PSSR	Piano socio-sanitario regionale
PST	Piano strategico triennale
PVA	Protocollo valutazione appropriatezza
RSA	Residenza sanitario-assistenziale
RSH	Residenza sanitaria per handicappati
RT	Registro tumori
RTL	Registro tumori della Lombardia
SAD	Servizio di assistenza domiciliare
SDO	Scheda di dimissione ospedaliera
SERT	Servizio tossicodipendenze
SIAN	Servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione
SIDS	Sindrome improvvisa dell'infante
SILB	Sindacato locali da ballo
SISS	Sistema informativo socio sanitario
SOSIA	Scheda di osservazione intermedia dell'assistenza
SPDC	Servizio psichiatrico di diagnosi e cura
SSN	Servizio sanitario nazionale
SSR	Servizio sanitario regionale
SSUEm	Servizio sanitario urgenza emergenza
TM	Tribunale dei minori
U/E	Urgenza/emergenza
U65	Ultrasessantacinquenni
U75	Ultrasettantacinquenni
UO	Unità operative
UOCP	Unità operativa di cure palliative
UONPI	Unità operativa neuropsichiatria infantile
UONPIA	Unità operativa di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
UOP	Unità operativa di psichiatria
UPT	Ufficio di pubblica tutela
URP	Ufficio relazioni con il pubblico
USS	Ufficio servizio sociale

PRINCIPALI FONTI NORMATIVE CITATE

- **L. 26 luglio 1975, n. 386**
(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. 13 maggio 1978, n. 180**
(Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori)
- **L. 23 dicembre 1978, n. 833**
(Istituzione del servizio sanitario nazionale)
- **L. 4 maggio 1983, n. 184**
(Diritto del minore ad una famiglia)
- **l.r. 4 gennaio 1985, n. 1**
(Norme a favore degli emigrati e delle loro famiglie)
- **L. 11 marzo 1988, n. 67**
(Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato)
- **DPR 22 settembre 1988, n. 448**
(Approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni)
- **l.r. 22 dicembre 1989, n. 77**
(Azione regionale per la tutela delle popolazioni appartenenti alle 'Etnie tradizionalmente nomadi e seminomadi')
- **l.r. 27 marzo 1990, n. 21**
(Norme per la depubblicizzazione di istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB))
- **L. 8 giugno 1990, 142**
(Ordinamento delle autonomie locali)
- **DPR 9 ottobre 1990, n. 309**
(Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza)
- **d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502**
(Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421)
- **d.lgs. 3 febbraio 1993, n. 29**
(Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421)
- **L. 11 febbraio 1994, n. 109**
(Legge quadro in materia di lavori pubblici)
- **d.lgs. 17 marzo 1995, n. 230**
(Attuazione delle direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 92/3/Euratom e 96/29/Euratom in materia di radiazioni ionizzanti)
- **DPR 22 luglio 1996, n. 484**
(Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale)
- **l.r. 16 settembre 1996, n. 28**
(Promozione, riconoscimento e sviluppo dell'associazionismo)
- **L. 23 dicembre 1996, n. 662**
(Misure di razionalizzazione della finanzia pubblica)
- **DPR 14 gennaio 1997**

(Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private)

- **L. 15 marzo 1997, n. 59**
(Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle Regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa)
- **l.r. 11 luglio 1997, n. 31**
(Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali)
- **d.lgs. 4 dicembre 1997, n. 460**
(Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale)
- **L. 6 marzo 1998, n. 40**
(Disciplina dell'immigrazione e norme sulle condizioni dello straniero)
- **d.lgs. 31 marzo 1998, n. 80**
(Nuove disposizioni in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nelle amministrazioni pubbliche, di giurisdizione nelle controversie di lavoro e di giurisdizione amministrativa, emanate in attuazione dell'articolo 11, comma 4, della l. 15 marzo 1997, n. 59)
- **d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112**
(Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59)
- **d.lgs. 18 giugno 1998, n. 237**
(Disciplina dell'introduzione in via sperimentale, in talune aree, dell'istituto del reddito minimo di inserimento, a norme dell'articolo 59, commi 47 e 48, della l. 27 dicembre 1997, n. 449)
- **d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286**
(Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero)
- **L. 31 dicembre 1998, n. 476**
(Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a L'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di adozione di minori stranieri)
- **L. 18 febbraio 1999, n. 45**
(Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze)
- **L. 26 febbraio 1999, n. 42**
(Disposizioni in materia di professioni sanitarie)
- **L. 26 febbraio 1999, n. 39**
(Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000)
- **L. 17 maggio 1999, n. 144**
(Misure in materia di investimenti, delega al Governo per il riordino degli incentivi all'occupazione e della normativa che disciplina l'INAIL, nonché disposizioni per il riordino degli enti previdenziali)
- **d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229**
(Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419)
- **d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230**
(Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della l. 30 novembre 1998, n. 419)
- **l.r. 12 agosto 1999, n. 15**

(Modifiche e abrogazioni legislative per la realizzazione dei progetti del programma regionale di sviluppo)

- **DPR 31 agosto 1999, n. 394**
(Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'art. 1, comma 6, del d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286)
- **l.r. 6 dicembre 1999, n. 23**
(Politiche regionali per la famiglia)
- **d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517**
(Disciplina dei rapporti fra servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della l. 30 novembre 1998, n. 14)
- **l.r. 5 gennaio 2000, n. 1**
(Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dallo Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59')
- **d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56**
(Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133)
- **d.lgs. 26 maggio 2000, n. 187**
(Attuazione della direttiva 97/43/Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche)
- **L. 10 agosto 2000, n. 251**
(Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica)
- **L. 8 novembre 2000, n. 328**
(Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)
- **d.lgs. 2 febbraio 2001, n. 31**
(Attuazione della direttiva 98/83/CE relativa alla qualità delle acque destinate al consumo umano)
- **DPCM 14 febbraio 2001**
(Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie)
- **L. 28 marzo 2001, n. 149**
(Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante 'Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori', nonché al titolo VIII del libro I del codice civile)
- **d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165**
(Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche)
- **DPR 30 marzo 2001**
(Approvazione del documento programmatico, per il triennio 2001-2003, relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, a norma dell'art. 3 della legge 6 marzo 1998, n. 40)
- **L. 3 aprile 2001, n. 120**
(Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero)
- **d.lgs. 4 maggio 2001, n. 207**
(Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza a norma dell'articolo 10 della legge 8 novembre 2000, n. 328)
- **DM Sanità 10 maggio 2001**
(Sperimentazione clinica controllata in medicina generale e in pediatria di libera scelta)
- **L. 16 novembre 2001, n. 405**
(Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria)

PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2002 - 2004

INDICE

PREMESSA.....	16
PARTE I.....	17
IL CONTESTO DI RIFERIMENTO E LE LINEE DI SVILUPPO.....	17
Il modello lombardo e il piano.....	17
Devoluzione.....	18
Il ruolo della Regione.....	19
Il sistema sanitario e socio-sanitario in Italia ed in Europa.....	21
I livelli di assistenza.....	22
Valorizzare le professionalità per migliorare il SSR.....	24
La riforma dei servizi sociali in Lombardia: attuazione della legge 328/2000.....	25
Adempimenti regionali ex L. 328/2000.....	26
I cittadini e la famiglia: ruolo, partecipazione, educazione, informazione e comunicazione.....	26
LA DOMANDA.....	29
Quadro sulla popolazione, sulle caratteristiche e sui consumi sanitari.....	29
Il ruolo della ASL.....	33
L'OFFERTA.....	37
1. La prevenzione.....	37
2. Le cure primarie.....	38
3. Assistenza ospedaliera e specialistica.....	42
3.1. <i>Gli ospedali</i>	42
3.2. <i>La rete dell'emergenza urgenza</i>	51
3.3. <i>L'assistenza specialistica ambulatoriale</i>	53
4. La rete delle strutture riabilitative.....	55
5. La rete delle RSA e delle RSH.....	55
6. Il terzo settore.....	57
7. Le due reti costitutive del welfare lombardo.....	58
7.1. <i>La rete delle unità d'offerta ad elevata integrazione sociosanitaria di competenza delle ASL</i>	59
7.2. <i>La rete dei servizi sociali di competenza dei Comuni</i>	60
LE REGOLE DI GOVERNO.....	62
Il finanziamento del sistema.....	62
I criteri di remunerazione delle prestazioni.....	64
La negoziazione ed i contratti.....	65
L'autorizzazione l'accreditamento e la qualità.....	65
L'attività progettuale.....	66
Il sistema dei controlli.....	67
Qualità ed efficienza: i piani strategici.....	69
Il governo degli ospedali pubblici.....	70
LA FORMAZIONE, LA RICERCA E L'INNOVAZIONE.....	76
La formazione.....	76
<i>La formazione del personale del Servizio Sanitario Regionale</i>	77
<i>La formazione degli operatori del welfare</i>	79
<i>La definizione dei nuovi profili sociali</i>	80
La ricerca.....	81
Il ruolo dell'università.....	88

PARTE II.....	89
LE LINEE DI INTERVENTO PRIORITARIO	89
Gli obiettivi di salute e di benessere sociale	89
1. <i>Il controllo e la cura delle malattie ad ampio impatto sociale</i>	89
2. <i>La salute materno infantile, la tutela dei minori e gli interventi nei confronti degli adolescenti</i>	90
3. <i>La salute mentale: psichiatria, neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e disabilità correlate, psicologia.....</i>	101
4. <i>Prevenzione, diagnosi e cura della patologia oncologica</i>	109
5. <i>Le cure palliative, la terapia del dolore e gli interventi assistenziali nella fase finale della vita</i>	111
6. <i>Prevenzione, diagnosi e cura della patologia cardio-cerebrovascolare</i>	113
7. <i>La lotta alle malattie renali</i>	116
8. <i>Il trattamento dei pazienti neurochirurgici in regime di urgenza</i>	117
9. <i>Prevenzione e tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro</i>	119
10. <i>La sicurezza alimentare</i>	122
11. <i>La tutela degli anziani e dei disabili</i>	127
12. <i>Il contrasto alle dipendenze e gli interventi di inclusione sociale</i>	129
Le dipendenze	129
Le povertà	134
L'immigrazione	136
L'area penale.....	138
I PROGETTI INNOVATIVI.....	141
1. <i>Valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse umane</i>	141
2. <i>L'educazione sanitaria</i>	142
3. <i>La qualità e l'accreditamento</i>	144
4. <i>L'osservatorio epidemiologico</i>	149
5. <i>La riabilitazione</i>	150
6. <i>Iniziative a sostegno della famiglia: il buono sociosanitario</i>	152
7. <i>Processi di aziendalizzazione nei settori sociosanitario e sociale</i>	153
8. <i>Sostegno alle iniziative per far fronte al disagio e all'emarginazione: l'immigrazione,..... l'ambito carcerario e le nuove povertà</i>	154
Immigrazione	154
Emigrazione e frontalierato.....	156
Nomadi	157
L'area penale.....	157
Le povertà	159
9. <i>Invalidi civili</i>	161
10. <i>Le azioni a favore dei paesi in via di sviluppo</i>	162
11. <i>La politica del farmaco</i>	163
12. <i>Il sistema informativo</i>	165
13. <i>La medicina complementare</i>	168
TABELLA 1	169
TABELLA 2	170
TABELLA 3	171
TABELLA 4	171
GLOSSARIO.....	172
PRINCIPALI FONTI NORMATIVE CITATE.....	173
INDICE.....	176