



Regione
Lombardia

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

SOMMARIO

A) CONSIGLIO REGIONALE

Deliberazione Consiglio regionale 17 novembre 2010 - n. IX/88

(3.2.0)

Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014

2

A) CONSIGLIO REGIONALE

(BUR2010031)

(3.2.0)

D.c.r. 17 novembre 2010 - n. IX/88

Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014

Presidenza del Vice Presidente Nicoli Cristiani

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

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

Visti:

- il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e in particolare l'art. 2 relativo alle competenze regionali in materia sanitaria;

- il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 di cui al d.P.R. 7 aprile 2006;

- gli atti preparatori per la definizione del nuovo Piano Sanitario Nazionale 2010-2012;

Richiamata la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), ed in particolare l'art. 3, che definisce il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) quale strumento di programmazione unico e integrato;

Richiamata, altresì la legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario);

Viste:

- la deliberazione del Consiglio regionale 26 ottobre 2006, n. 257 avente ad oggetto l'approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009;

- la deliberazione del Consiglio regionale 28 settembre 2010, n. 56 concernente «Programma Regionale di Sviluppo della IX legislatura» e in particolare l'area sanitaria e sociale;

Viste:

- la deliberazione della Giunta regionale 16 dicembre 2009, n. 10804 riguardante «Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2010» e successive integrazioni e modificazioni;

- la deliberazione della Giunta regionale 27 gennaio 2010, n. 11086 con la quale la Giunta regionale ha preso atto del Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, siglato tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 3 dicembre 2009 - Rep. n. 243/CSR - pubblicato sulla G.U. n. 3 del 5 gennaio 2010;

Evidenziato che il Piano Socio Sanitario Regionale, ai sensi del citato art. 3, comma 2, della l.r. 33/2009, ha durata quinquennale e può essere aggiornato annualmente con il documento strategico di cui all'articolo 9 bis della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della regione);

Vista la deliberazione della Giunta regionale 30 giugno 2010, n. 165 con la quale la Giunta regionale ha adottato la proposta del Piano Socio Sanitario Regionale della IX legislatura, predisposta dalle Direzioni generali Sanità e Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, di cui all'allegato «A», quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Considerato che la proposta è stata redatta a seguito di una metodologia di lavoro concordata e condivisa attraverso consultazioni interdirezionali e con il coinvolgimento di interlocutori esterni appartenenti al sistema sanitario e socio sanitario;

Dato atto altresì che tale proposta è stata illustrata - in data 29 giugno 2010 - alla Consulta della Sanità;

Considerate le osservazioni emerse nel corso delle audizioni svolte dalla III Commissione Sanità e Assistenza da parte dei soggetti rappresentanti le istituzioni e la società civile, che hanno determinato un approfondimento di specifiche tematiche nel sistema sanitario e del sistema del welfare;

Rilevato che per la realizzazione degli obiettivi delineati nel Piano di cui sopra, la Giunta regionale con la deliberazione che stabilisce gli indirizzi di gestione del servizio socio sanitario regionale destina annualmente una quota percentuale all'interno del monte risorse complessivo disponibile nell'arco temporale di vigenza del piano stesso;

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

con votazione per appello nominale ai sensi dell'articolo 94, comma 3, del Regolamento generale che dà il seguente risultato:

Consiglieri presenti:	n. 65
Consiglieri votanti:	n. 65
Consiglieri favorevoli:	n. 38
Voti contrari:	n. 23
Astenuti:	n. 4

1) di approvare la proposta di Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014, di cui all'allegato «A», quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2) di stabilire che per la realizzazione degli obiettivi delineati nel Piano di cui al punto 1), la Giunta regionale con propria deliberazione definisca gli indirizzi di gestione del servizio socio sanitario regionale e destina annualmente una quota percentuale all'interno del monte risorse complessivo disponibile nell'arco temporale di vigenza del piano medesimo.

Il vice presidente: Franco Nicoli Cristiani

Il consigliere segretario: Carlo Spreafico

Il consigliere segretario provvisorio:

Nicole Minetti

Il segretario dell'Assemblea consiliare:

Mario Quagliani

— • —

ALLEGATO «A»

PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2010-2014

INDICE

Introduzione
Semplificazione amministrativa e normativa
Revisione assetti organizzativi
Sistema dei controlli - Qualità ed efficacia
Codice etico-comportamentale
Sistema Informativo Socio Sanitario della Lombardia (SISS)
Politiche del personale - Professionalità
Formazione
Giovani specializzandi e specializzati
Prevenzione e promozione del benessere
Promuovere il benessere
La prevenzione in ambito sanitario e socio sanitario
Responsabilità nelle scelte individuali
Expo 2015
Verifica di risultati
Sanità pubblica veterinaria
Il contesto
Linee strategiche in ambito veterinario
Programmazione sanitaria e socio sanitaria reti di patologia e piani di sviluppo
Reti di patologia
Rete delle malattie rare
Rete Oncologica Lombarda (ROL)
Rete trasfusionale
Reti di patologia attivate di recente in forma sperimentale
Rete delle cure palliative e rete della terapia del dolore
Piani di sviluppo
Telemedicina
Integrazione tra ospedale e territorio
Assistenza ospedaliera per intensità di cura e funzioni
Rete HPH e medicina complementare
Ricerca
Trapianti
Relazioni internazionali
Comunicazione
La rete ospedaliera
Logistica ospedaliera: area farmaci, dispositivi e altri materiali
Proposte di programmazione
Miglioramento degli indicatori economico finanziari e/o di servizio delle aziende sanitarie
Prestazioni e servizi sanitari
Il contesto
Assistenza territoriale
Il medico di medicina generale
Le strutture di degenza sub-acuta/post-acuta
Psichiatria e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
Le farmacie territoriali
Cure odontoiatriche
L'assistenza ospedaliera

La riabilitazione
L'accreditamento
La verifica della qualità delle strutture
Controlli sulle attività sanitarie e socio sanitarie
HTA (Health Technology Assessment)
La rete dei servizi socio sanitari e territoriali
Le dipendenze
La famiglia
Disabilità

INTRODUZIONE

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR), quale strumento di Programmazione integrato delle attività da erogare nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, si inserisce in un più ampio contesto evolutivo, che riguarda tanto l'impianto organizzativo quanto i modelli assistenziali e di riparto delle risorse. In esso trovano spazio e si incontrano la libertà di scelta del cittadino e la libertà di azione dei soggetti impegnati nell'erogazione dei servizi.

SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E NORMATIVA

In questi anni è maturata una crescente esigenza di semplificazione normativa e amministrativa volta a eliminare il disagio delle procedure superflue per i cittadini e gli operatori del sistema sanitario, socio sanitario e sociale regionale.

La semplificazione gioca un ruolo importante per favorire la trasparenza, dare certezza nei tempi di risposta, facilitare l'attrattività di un territorio, l'accesso ai servizi e la realizzazione di una rete integrata.

In tale ambito si declinano di seguito gli obiettivi strategici che la Regione Lombardia intende realizzare nell'arco della legislatura:

- definizione chiara e sintetica delle «regole di sistema» aggiornate all'anno di riferimento e di facile consultazione. Ciò in analogia con quanto già fatto nel corso dell'VIII Legislatura con l'adozione del Testo Unico delle leggi regionali in materia sanitaria approvato con legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33;

- definizione di una disciplina organica di governo e controllo del sistema di *welfare* lombardo che consenta una razionalizzazione delle risorse oggetto di dispositivi plurimi; proseguendo nel lavoro di semplificazione e armonizzazione delle regole di sistema di governo della rete delle unità di offerta sociali e socio sanitarie già attivata con la legge regionale 12 marzo 2008 n. 3 «Governo della rete degli interventi e dei servizi alla personale in ambito sociale e sociosanitario», è importante oggi arricchire il quadro di sistema prevedendo una disciplina organica che stabilizzi i rapporti e le relazioni, partendo dalla domanda e dal bisogno;

- incentivazione e sviluppo del ruolo del Terzo Settore, negli ambiti territoriali di programmazione e organizzazione dei servizi sociali e socio sanitari, quale soggetto di innovazione ed evoluzione di un modello di *welfare* sussidiario e partecipato, con l'adozione di provvedimenti che semplifichino, potenzino e razionalizzino i moduli di raccordo tra Terzo Settore e amministrazione pubblica (soprattutto a livello comunale) e semplifichino gli oneri gestionali connessi alla gestione dei flussi informativi;

- dematerializzazione, sviluppo della firma digitale, razionalizzazione e snellimento delle procedure di controllo su alcuni provvedimenti amministrativi di competenza delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), Aziende Ospedaliere (AO) e Fondazioni di Istituti Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico ai sensi delle vigenti disposizioni nazionali e regionali e riforma, nell'ottica dell'efficacia, dei controlli in ambito sociale e socio sanitario;

- sviluppo e semplificazione di un sistema di comunicazione efficace e diretto che consenta alla persona in difficoltà e alla famiglia di conoscere i diversi Istituti giuridici di tutela, affinché i diritti sanciti dalle diverse leggi di settore siano resi effettivi;

- raggiungere il cittadino, anche attraverso misure «a sportello» quali strumenti efficaci di contatto sia all'interno del sistema socio sanitario regionale che dal sistema stesso verso la persona;

- semplificazione e sburocrazia degli accessi alle strutture sanitarie anche attraverso il Sistema Informativo Socio Sanitario regionale - SISS (Centro Unico Prenotazioni - CUP - aziendali articolati sul territorio provinciale e collegati in rete regionale, pagamenti ticket sanitari, rendicontazione fiscale delle spese sanitarie, ecc.). Il cittadino avrà la possibilità di prenotare e pagare una prestazione senza la necessità di doversi recare fisicamente in ospedale o in unità d'offerta socio sanitaria. Sarà garantito al paziente l'accesso ai propri referti clinici evitando di recarsi presso la struttura sanitaria erogante; il medico riceve-

rà in tempo reale gli esiti di un esame clinico e la lettera di dimissione ospedaliera da struttura pubblica o privata accreditata, relativi ad un proprio assistito ai fini operativi e di aggiornamento della «storia clinica»; la riduzione delle liste e dei tempi di attesa attraverso la realizzazione, di norma, in ogni ambito distrettuale, di un punto unico d'accesso alle prestazioni sociali e socio sanitarie che si raccorda con il servizio sociale professionale e di segretariato sociale dei singoli comuni ed in rete, anche telematica, con gli sportelli degli Uffici di Pubblica Tutela, di altri enti pubblici, dei soggetti del Terzo Settore, dei patronati e di altre agenzie del privato sociale.

Al punto unico d'accesso alle prestazioni sociali e socio sanitarie competono le seguenti funzioni:

- a) informazione sull'offerta dei servizi, sulle modalità di accesso e sui relativi costi;
- b) orientamento e supporto alle persone e alle famiglie sui diritti alle prestazioni sociali e socio sanitarie;
- c) segnalazione delle situazioni complesse ai servizi per la presa in carico e l'attivazione della valutazione multidimensionale, del progetto personalizzato di assistenza, nonché della continuità assistenziale nei confronti della persona e del nucleo familiare;
- d) raccolta ed elaborazione dati;

- semplificazione del percorso di accertamento sanitario dell'invalità civile e dell'handicap di competenza delle ASL, attraverso una composizione più snella delle commissioni mediche di accertamento, la dematerializzazione, la diffusione della firma digitale e l'utilizzo del sistema informativo socio sanitario - carta SISS - per il rilascio del verbale di accertamento.

Con riferimento al percorso di semplificazione amministrativa attuato nell'ambito della prevenzione con l'approvazione della legge regionale 2 aprile 2007, n. 8 «Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie. Collegato» della VIII legislatura regionale (ora confluita nel Testo Unico sanità l.r. 33/2009), che ha abolito i certificati e gli atti amministrativi, in coerenza con le normative europee e con le valutazioni di efficacia, si proseguirà nei Servizi di Prevenzione delle ASL attraverso percorsi efficaci finalizzati al superamento del tradizionale metodo che comporta l'applicazione di norme spesso obsolete e superate dalle acquisizioni tecnico-scientifiche; il rilascio di certificati ed autorizzazioni, l'effettuazione di controlli routinari solo su aspetti formali, la realizzazione di opuscoli o incontri di educazione sanitaria non mirati a modificare comportamenti scorretti, sono da convertire in azioni e strumenti innovativi, anche in raccordo sinergico con istituzioni aventi competenze connesse. Anche nell'ambito sociale e socio sanitario si proseguirà nel lavoro di semplificazione della scorsa legislatura, riguardante l'abolizione della autorizzazione al funzionamento in luogo della dichiarazione di inizio attività per le unità di offerta socio sanitarie e della comunicazione di inizio attività per le unità di offerta sociali: da un controllo preventivo routinario di aspetti meramente formali, si deve assicurare e coordinare, a livello centrale, un efficace intervento di controllo sul territorio da parte delle ASL, mediante l'adozione di nuove linee guida regionali.

Per la sanità veterinaria si provvederà ad attuare i seguenti percorsi:

- semplificazione delle autorizzazioni per alcune attività, che sono ancora proprie della Regione, mediante il trasferimento delle relative competenze alle ASL (es. impianti di deposito e trattamento dei sottoprodotti di origine animale - riproduzione animale);

- aggiornamento e dematerializzazione delle procedure per il riconoscimento degli stabilimenti dei settori della produzione e trasformazione degli alimenti di origine animale, dei sottoprodotti e dei mangimi;

- informatizzazione delle procedure di accettazione dei campioni da inviare all'analisi sia nel settore della sanità animale che degli alimenti e dei mangimi, della programmazione e rendicontazione dell'attività di controllo ufficiale;

- definizione di procedure semplificate per il rilascio dei certificati per l'esportazione di prodotti di origine animale verso Paesi Terzi;

- riduzione degli adempimenti amministrativi da parte degli allevatori, anche mediante lo sviluppo di sistemi informativi integrati.

Tutte le disposizioni indicate saranno regolate da linee guida regionali per garantire l'uniformità di intervento delle ASL.

REVISIONE ASSETTI ORGANIZZATIVI

- Modifica della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 «Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale» a seguito della riforma dei comparti di contrattazione nazionale, prevedendo nella dotazione organica posizioni dirigen-

1° Supplemento Straordinario N. 49 - 7 dicembre 2010

ziali di dirigente professionista al fine di valorizzare le figure mediche, veterinarie e sanitarie;

– verifica ed eventuale riorganizzazione delle ASL, processi di razionalizzazione e di ottimizzazione della rete ospedaliera, in attuazione del nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 di cui la Giunta regionale ha preso atto con deliberazione 27 gennaio 2010 n. 8/11086;

– a più di dieci anni dalla l.r. 31/1997 che introduce la posizione del direttore sociale e il dipartimento ASSI nell'organizzazione del servizio sanitario regionale (SSR), si sono succedute nel tempo diverse linee guida e atti normativi, che impongono una riflessione organica e strutturata sull'assetto organizzativo, sul ruolo, sulle competenze rivestite dal direttore sociale e dal dipartimento ASSI, sulle relazioni di coordinamento ed integrazione con gli altri livelli di competenza e di organizzazione che nel SSR si occupano di governo dei servizi sociali e di coordinamento del territorio nell'area socio sanitarie e sociale. Risulta d'altra parte evidente come la direzione sociale ed il dipartimento ASSI siano un punto di riferimento importante per la guida e indirizzo del sistema socio sanitario e l'integrazione con il sistema sociale e che debbano fungere sempre più da integratore della domanda di *welfare* espressa dalla persona e della famiglia, coordinando il bisogno che nasce dalla domanda più che le criticità poste dall'offerta, acquisendo una visione generale di *welfare* territoriale più vicina al bisogno, ad oggi a rischio di frammentazione su «punti di offerta» eterogenei;

– processi di razionalizzazione e integrazione tra sistema sanitario, socio sanitario e sociale anche attraverso la ridefinizione del ruolo delle direzioni sociali a maggior garanzia di risposte integrate e tempestive alla domanda della persona e della sua famiglia.

SISTEMA DEI CONTROLLI – QUALITÀ ED EFFICACIA

Il sistema dei controlli verifica gli ambiti di conduzione delle attività del sistema al fine di mitigare i relativi profili di rischio, migliorarne la qualità e l'efficacia nel rispetto della normativa di riferimento e in aderenza alla «regole di sistema».

Pertanto, l'azione di controllo regionale della IX legislatura si concentrerà prioritariamente sul rispetto degli indirizzi e delle linee guida forniti agli enti e alle società regionali e sui risultati in termini di efficacia dell'attuazione delle politiche, ferma restando la responsabilità contabile ed amministrativa degli organi di amministrazione aziendale.

Si intende realizzare un sistema di *governance* sanitaria, socio sanitaria e sociale attraverso il fronte normativo (revisione/armonizzazione di alcune disposizioni), formativo/culturale e tecnologico/procedurale (sistema informativo di programmazione e controllo).

In particolare, l'attenzione sarà concentrata su linee di attività strategiche quali un maggior raccordo tra il sistema della programmazione regionale e il sistema degli obiettivi dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche, degli enti e delle società regionali.

Ai principi e alle linee di sistema dovrà attenersi anche la riforma dei controlli in ambito sociale e socio sanitario che dovrà tutelare la spesa pubblica e tener conto delle peculiarità di questo settore costituito sia da rilevanti soggetti pubblici, tra cui le Aziende di Servizi alla Persona (ASP) sia da numerosi soggetti privati *profit* e *no profit* (fondazioni, società e cooperative, ecc.).

Gli obiettivi dei direttori generali, e la correlata retribuzione di risultato saranno riferiti anche alla qualità ed efficacia dei controlli svolti in ambito sociale e socio sanitario. All'interno delle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate verrà valorizzato il sistema di verifica della *patient satisfaction*, attraverso un questionario istituzionale che verrà compilato dal paziente al termine di ogni contatto con l'azienda.

CODICE ETICO-COMPORTAMENTALE

Nel corso dell'VIII legislatura, attraverso una mutazione dei principi organizzativi che sottendono l'applicazione del d.lgs. 8 giugno 2001, n. 231 «Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300», la Regione Lombardia – direzione generale Sanità – ha portato avanti un processo volto all'effettiva applicazione nelle aziende sanitarie pubbliche presenti sul territorio regionale di modelli organizzativi sviluppati autonomamente dalle stesse aziende i codici etico-comportamentali, per un più efficace controllo di gestione delle aziende stesse.

Con la d.g.r. 13 dicembre 2006 n. 8/3776 e la successiva circolare della direzione generale Sanità prot. n. H1.2006.0054879 del 21 dicembre 2006 sono state approvate le linee guida regionali per l'adozione del codice etico e di modelli di organizzazione e controllo delle ASL e AO.

Nel corso del 2007 è stata analizzata l'applicazione delle stesse con particolare riferimento alla fase di sviluppo del sistema organizzativo interno e all'individuazione di strumenti utili alla direzione generale Sanità per il monitoraggio e l'implementazione di questa fase.

Nel corso del 2008 le singole strutture e gli organismi regionali di controllo (comitati di valutazione aziendali e comitato di coordinamento regionale) sono stati supportati operativamente per consentire una più rapida ed efficiente adozione nelle aziende sanitarie del suddetto strumento (d.g.r. 31 ottobre 2007 n. 8/5743).

A seguito dell'applicazione dei codici etico comportamentali (a pieno regime), si è ritenuto opportuno individuare nel 2009 specifiche linee guida allo scopo di uniformare, a livello di tutto il territorio regionale, l'aggiornamento e la manutenzione di tale strumento (d.g.r. 26 novembre 2008 n. 8/8501).

Nel corso della IX legislatura, fatta salva un'appropriata differenziazione tra servizi sanitari e servizi socio sanitari, sulla base della complessità dei servizi e dell'intensità di cura, i modelli organizzativi e i codici etico-comportamentali saranno estesi alle ASP e ai soggetti gestori delle Residenze Sanitarie per Anziani (RSA) di maggior rilievo entro il 31 dicembre 2012.

Nel corso della IX legislatura il personale delle aziende dovrà partecipare ad attività formative, sulla base di percorsi specifici che saranno individuati dalla direzione generale Sanità, finalizzate alla diffusione e conoscenza sia della normativa di riferimento che dei contenuti dei modelli organizzativi adottati dall'azienda di riferimento con applicazioni comparative di *band working*.

Altrettanto i comitati di valutazione aziendali dovranno partecipare a percorsi formativi specifici sulle tematiche delle raccomandazioni professionali.

SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO DELLA LOMBARDIA (SISS)

Il SISS è oggi l'insieme delle applicazioni e delle infrastrutture informatiche presenti sul territorio (sistemi informativi di farmacie, medici, pediatri, ospedali, aziende sanitarie, ecc.) che concorrono all'erogazione dei servizi socio sanitari all'interno della regione Lombardia.

Il SISS è costituito da una serie di sistemi informatici che stanno costantemente evolvendo secondo una precisa prospettiva informativa di *e-health*, ovvero dell'impiego sempre più diffuso nei servizi sanitari delle tecnologie innovative nel campo info-telematico.

Basandosi tecnologicamente sulla piattaforma CRS-SISS, su cui negli ultimi anni la Regione Lombardia ha sviluppato i nuovi servizi sanitari, e normativamente sull'obbligatorietà per gli operatori socio sanitari lombardi di utilizzare i servizi SISS per realizzare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), gli obiettivi del SISS per la prossima legislatura sono:

- la completa integrazione degli enti della socio sanità:
 - enti erogatori privati completamente integrati nel SISS (anagrafi, prescrizioni e pubblicazione referti);
 - RSA collegate al SISS;
 - formazione continua agli operatori sull'evoluzione dei servizi SISS;
- lo sviluppo del FSE per rafforzare la centralità del paziente:
 - disponibilità del FSE individuale per i cittadini lombardi;
 - completezza dei referti nel FSE (comprese immagini radiologiche, dati su vaccinazioni, riconoscimento di invalidità ed handicap e protesica);
 - completezza dei dati di sintesi clinica del cittadino «*patient summary*»;
 - valorizzazione del FSE quale strumento a supporto della diagnosi e della cura (referti strutturati per comunicazione tra AO e Medici di Medicina Generale – MMG, evoluzione dei sistemi delle reti di patologia e dei piani diagnostici terapeutici, integrazione con i sistemi emergenza/urgenza, sviluppo tele-medicina e tele-soccorso);
 - interoperabilità interregionale del FSE e coerenza con i progetti europei;
 - introduzione nel FSE di uno spazio a cura del cittadino;
 - integrazione dei sistemi sulla prevenzione e degli *screening*;
 - sviluppo della componente sociale e della componente pediatrica del FSE;
- la dematerializzazione dei documenti sanitari:
 - documenti elettronici con validità legale nel SISS, conservazione dei documenti clinici e semplificazione delle procedure di esibizione;

- ricette gestite interamente in modalità elettronica;
- diffusione della cartella clinica elettronica nelle strutture ospedaliere;
- l'evoluzione dei sistemi informativi della sanità lombarda:
 - coordinamento sul fronte delle aziende sanitarie dello sviluppo di tutti i loro sistemi informativi;
 - riorganizzazione sul fronte interno dei flussi informativi e il loro monitoraggio con adeguati strumenti di supporto;
 - introduzione di nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione, attraverso tutti i possibili canali, a partire dalla TV digitale, per una rete dei servizi in tele-assistenza;
- completamento del servizio di prenotazione (CUP e altri canali):
 - servizio multicanale, in quanto tramite l'utilizzo della tecnologia SISS, sviluppata nell'ambito del progetto CRS-SISS, è possibile offrire all'utente la possibilità di prenotare prestazioni specialistiche ed esami diagnostici, tramite CUP regionale, internet, farmacie e MMG in forma singola o associata;
 - si opererà in ragione della possibilità di consultare, tramite i canali suddetti, le agende di tutte le strutture aderenti caricate sul SISS; si offrono così canali esterni di prenotazione che si aggiungono al tradizionale canale interno alla struttura (tipicamente CUP aziendale) in rete sulla piattaforma SISS;
 - servizio valido per le strutture pubbliche e private accreditate, per garantire all'utente quella possibilità di scelta che può essere raggiunta coinvolgendo più enti erogatori possibili e tramite tutti i canali sopra indicati.

Per il proficuo raggiungimento di questo obiettivo si provvederà:

- al massiccio coinvolgimento degli enti erogatori per l'adeguamento delle agende a linee guida sulla qualità delle stesse, al fine di permettere la corretta lettura e interpretazione dell'agenda dai canali esterni indicati e, conseguentemente, la corretta prenotazione della prestazione richiesta;
- alla revisione di tutta l'organizzazione del servizio di prenotazione telefonica tramite CUP, in un'ottica complessiva di miglioramento del servizio sia rispetto alle specificità locali che alla velocità di adeguamento ed alla soddisfazione degli utenti, tenendo conto dell'evoluzione della tecnologia SISS;
- all'adeguamento organizzativo delle strutture, conseguente alle evoluzioni del servizio di prenotazione/accolgenza, con un ampliamento progressivo delle agende relative all'offerta di prestazioni prenotabili, fino al raggiungimento del 70%.

Ulteriori servizi al cittadino:

- pagamenti di *ticket* sanitari mediante il SISS;
- sistemi per la rendicontazione fiscale delle spese sanitarie, anche quelle sostenute nell'ambito delle unità d'offerta socio sanitarie;
- gestione elettronica dei certificati sanitari;
- semplificazione del sistema delle esenzioni;
- un unico accesso *online* per scelta del pediatra, iscrizione all'anagrafe e attribuzione del codice fiscale.

Attraverso la realizzazione di questi obiettivi:

- si mantiene la centralità del cittadino quale protagonista del sistema sanitario lombardo;
- si conferma la coerenza con la normativa nazionale (*privacy*, prescrizione elettronica e rendicontazione fiscale ecc.);
- si introducono elementi profondamente innovativi nel governo della sanità e nell'erogazione dei servizi sanitari.

POLITICHE DEL PERSONALE - PROFESSIONALITÀ

L'VIII legislatura è stata caratterizzata da un particolare impegno per accrescere l'efficienza del sistema sanitario e socio sanitario regionale.

La Regione Lombardia si colloca ai primi posti per la riduzione dei costi amministrativi e gestionali rispetto alle altre regioni italiane. Ciò è stato possibile grazie anche all'avvio di un sistema di politiche comuni con tutto il sistema regionale stesso.

In aderenza al nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 del 3 dicembre 2009, l'impegno per la IX legislatura è quello di proseguire nel processo di valorizzazione del personale e delle professionalità operanti nel SSR e nella rete delle unità d'offerta socio sanitarie, nonché di stabilizzazione del precariato.

Le politiche in tal senso dovranno cessare di essere considerata spesa per diventare investimento, con particolare riferimento ai giovani, per valorizzare la professionalità di chi lavora con le persone (medici, personale sanitario, operatori, ecc.).

Tale processo diviene sempre più stringente con l'introduzione di nuove disposizioni nazionali (legge «Brunetta») che apportano modifiche consistenti ai sistemi finora implementati nelle Pubbliche Amministrazioni.

La sfida è quella di beneficiare delle opportunità di tale riforma per poter perseguire gli obiettivi fissati dalla Regione Lombardia attraverso l'avvio di una fase di rinnovamento della valutazione che coinvolga tutto il SSR, gli enti e le società regionali, nel rispetto delle rispettive peculiarità aziendali.

Si prevede di realizzare i seguenti obiettivi strategici di legislatura:

- implementazione di politiche innovative per migliorare l'attrattività e facilitare il reperimento del personale infermieristico, attraverso il riconoscimento di risorse aggiuntive regionali per obiettivi di miglioramento dei servizi all'utenza;
- completamento, nel rispetto della normativa vigente, del processo di stabilizzazione del personale precario del comparto e della dirigenza degli enti del SSR;
 - valorizzazione del ruolo dei MMG, dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e degli specialisti ambulatoriali, anche attraverso lo sviluppo dell'associazionismo, l'incremento dell'offerta formativa in collegamento con l'attuazione del sistema regionale di educazione continua in medicina e la creazione delle unità complesse di cure primarie come punto privilegiato di accesso all'assistenza sanitaria di base, alla diagnostica e alle prestazioni ambulatoriali di I livello, anche al fine di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso, e come punto di realizzazione della continuità dell'assistenza sul territorio, anche attraverso l'integrazione intersettoriale delle cure primarie con i servizi sanitari e socio sanitari di II livello.

Tale strumento consentirà le cure ai pazienti cronici e in assistenza post-acuta mediante protocolli terapeutici condivisi e la pianificazione di un programma stabilito con il paziente (visite a domicilio, consultazioni telefoniche e comunicazioni via *e-mail*) che riduca i tempi e le risorse;

- implementazione dell'assistenza pediatrica tramite la partecipazione dei pediatri di famiglia a progetti che prevedano l'apertura degli studi nei giorni festivi e prefestivi, al fine di garantire una reale continuità dell'assistenza pediatrica e di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso;
 - elevati controlli inerenti la sicurezza alimentare e le altre attività di sanità pubblica veterinaria mediante una presenza capillare sul territorio di dirigenti veterinari e tecnici della prevenzione oltre che adeguate dotazioni organiche dei Dipartimenti di Prevenzione Veterinaria (DPV) della ASL;
 - revisione ed armonizzazione dei sistemi di valutazione delle *performance* degli enti del servizio sanitario e socio sanitario regionale in attuazione del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 «Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni»;
 - monitoraggio, attraverso l'Osservatorio regionale per la formazione medico specialistica dell'andamento delle scuole di specializzazione;
 - definizione e razionalizzazione dei fabbisogni del personale medico specializzato nelle diverse discipline e individuazione di un modello predittivo a supporto della programmazione stessa;
 - miglioramento del meccanismo di definizione del fabbisogno dei diversi profili professionali/specialistici del personale dei servizi socio sanitari in relazione ai bisogni emergenti della popolazione rilevati attraverso il contributo degli osservatori;
 - valorizzazione del personale operante nelle unità d'offerta socio sanitarie accreditate e gestite dal privato anche attraverso accordi tra le parti, organizzazioni sindacali, datori di lavoro e Regione, per la sperimentazione regionale della contrattazione di secondo livello;
 - definizione e razionalizzazione del fabbisogno di Operatori Socio Sanitari (OSS) e Ausiliari Socio Assistenziali (ASA);
 - incremento della presenza di mediatori linguistico culturali per facilitare l'accesso delle persone immigrate al sistema per una comprensione adeguata dei loro bisogni e risposte personalizzate in una prospettiva transculturale;
 - promozione e sviluppo di azioni di conciliazione tra impegni di lavoro e impegni familiari a favore del personale, soprattutto in presenza di figli minori o con disabilità o congiunti anziani non autosufficienti;
 - realizzazione, anche in collaborazione con gli Enti locali e il Terzo Settore, di servizi e di interventi di accoglienza della prima

1° Supplemento Straordinario N. 49 - 7 dicembre 2010

e seconda infanzia, al fine di promuovere politiche di conciliazione lavoro-famiglia per il personale.

FORMAZIONE

Un'ulteriore direttrice di crescita del sistema riguarda la formazione e la continua valorizzazione e promozione dello sviluppo professionale delle risorse umane del sistema sanitario e socio sanitario regionale, perseguibili con i metodi tradizionali implementati da tecnologie di simulazione e formazione a distanza.

Verranno coinvolti tutti gli operatori del sistema sanitario e socio sanitario, al fine di una valorizzazione e promozione della loro crescita professionale. In particolare, saranno effettuati interventi significativi sia nell'ambito della medicina convenzionata che in quello relativo al personale dipendente:

Specialisti Ambulatoriali: gli argomenti trattati in ambito formativo nella prima parte del progetto avviato nell'VIII legislatura sono stati di carattere trasversale, tesi ad omogeneizzare le conoscenze e sinergizzare categorie di professionisti. Nei prossimi anni si tratta quindi di implementare gli argomenti tematici di ogni specializzazione, al fine di consentire l'aggiornamento professionale in un *setting* formativo condiviso;

Medicina Generale: la neo-istituita «Scuola di formazione in medicina generale», oltre a collaborare nella gestione del Corso di formazione specifico triennale in Medicina Generale (MG), potrà avviare interventi specifici e di aggiornamento professionale dei MMG;

Personale del comparto e dirigenti: la programmazione di tali interventi formativi, che in alcuni casi hanno una progettazione pluriennale, si avvarrà per la prossima legislatura di metodologie innovative, anche su base telematica. Verrà data piena attuazione al modello del sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) e di sviluppo professionale continuo. Verranno rafforzate le competenze di capacità relazionale e di comunicazione degli operatori, soprattutto in situazioni efficacemente ed emotivamente difficili e per gestire in maniera ottimale gli accessi al pronto soccorso e per far fronte a domande di intervento socio sanitario complesse, nonché di capacità di interventi integrati e sinergici di prevenzione socio sanitaria. Nell'ottica dell'integrazione e della continuità assistenziale verranno valorizzate e sviluppate le competenze del personale che opera in ambito sociale e socio sanitario allo scopo di garantire la gestione di percorsi assistenziali complessi (famiglie, anziani, minori e disabili) superando la frammentarietà delle risposte.

Saranno promossi interventi formativi per lo sviluppo di competenze e azioni in tema di mediazione familiare e di gestione delle situazioni di povertà conseguenti a separazioni coniugali in presenza di figli minori.

Verranno privilegiate le competenze trasversali, le capacità di relazione e di lavoro interdisciplinare attraverso la promozione di iniziative di formazione interistituzionali. Saranno attivati percorsi di formazione/accompagnamento a supporto della riorganizzazione dei servizi, della sperimentazione di nuove unità di offerta e modalità di intervento.

GIOVANI SPECIALIZZANDI E SPECIALIZZATI

L'Osservatorio Regionale per la Formazione Medico Specialistica, istituito nel corso dell'VIII legislatura in ottemperanza alle disposizioni contenute nella direttiva comunitaria 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e recepita con d.lgs. 17 agosto 1999, n. 368, è diventato pienamente operativo nel corso dell'anno 2009.

Le fasi di avvio delle attività hanno visto la produzione di documenti di proposta per la programmazione del numero dei medici in formazione specialistica necessari all'equilibrio del sistema sanitario della Lombardia.

Sono stati individuati criteri di programmazione del numero di contratti da attivare tenendo conto anche delle esigenze e delle peculiarità dei diversi attori coinvolti.

Il lavoro proseguirà, in stretto raccordo con il sistema regionale delle università per le rispettive competenze, nel corso della IX legislatura attraverso le seguenti azioni:

- ricognizione delle potenzialità formative risultanti dall'analisi dei volumi dell'attività assistenziale delle reti formative delle scuole di specializzazione;
- previsione dimissioni/abbandoni del personale medico a cinque e possibilmente a dieci anni per ciascuna specialità, per ogni tipo di struttura sanitaria e socio sanitaria, sia per il settore pubblico che per quello privato accreditato a contratto;
- previsione esigenze regionali in base alle linee programmatiche di sviluppo del SSR (aree nuove o in espansione vs. aree in contrazione);
- formazione degli specialisti nelle diverse branche della medicina in numero tale da soddisfare le esigenze del SSR;

- valorizzazione del ruolo e della professionalità dei giovani specializzandi e specializzati tenendo conto delle discipline secondo il fabbisogno;

- potenziamento della formazione e della specialistica.

Nel corso della IX legislatura verranno potenziate la formazione e la specialistica anche con opportune iniziative con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), il Ministero della Salute e con il Sistema Regionale delle Università per garantire il fabbisogno di specialisti medici compresi i veterinari e di altre figure sanitarie necessarie per l'equilibrio del SSR.

A tal fine l'elaborazione di un modello che individui in maniera chiara, puntuale e razionale i fabbisogni di medici specializzati per il SSR sarà un forte richiamo e stimolo per il MIUR perché assegni alla Regione Lombardia il necessario numero di contratti per i medici in formazione specialistica.

Sarà ulteriormente favorita la possibilità per le AO e le ASL di stipulare, in collaborazione con le università, dei contratti di formazione specialistica. Questo maggiore coinvolgimento delle AO e le ASL nella formazione, coniugato con un ruolo più incisivo della Regione nella individuazione del fabbisogno complessivo di specializzandi, rappresenta nel medio termine il rimedio più efficace per permettere al sistema di avere il numero di specialisti necessari per garantire il *turnover* dei professionisti e la continuità della erogazione dei servizi specialistici territoriali ed ospedalieri.

A tal fine si strutturerà una stretta relazione con le università lombarde e il MIUR per stanziare le necessarie risorse, con sicura attribuzione nel corso degli anni senza dover ricorrere ad accenti, *una tantum*, ecc.

Saranno, altresì, individuati percorsi che permettano l'inserimento del neo-specializzati nel mondo del lavoro, per un processo formativo progressivo e dinamico.

La verifica della qualità della formazione specialistica rappresenterà un punto di snodo importante per accertare l'apprendimento da parte dello specializzando sia delle conoscenze sia delle abilità acquisite.

PREVENZIONE E PROMOZIONE DEL BENESSERE

I mutamenti positivi intervenuti nella nostra Regione negli ultimi decenni (aumento della speranza di vita, miglioramento delle condizioni di vita e di salute complessive, opportunità di lavoro e istruzione, disponibilità di alloggi e luoghi di vita collettivi, per citare i principali) così come i cambiamenti demografici e relazionali, sociali ma anche intrafamiliari, la presenza e l'espandersi di forme diverse e anche gravi di disagio e di fragilità sociali e socio sanitarie, richiedono un rapido adeguamento degli obiettivi di prevenzione al nuovo contesto sociale.

Per molti decenni l'obiettivo principe è stato la riduzione della mortalità generale, già raggiunto con l'allungamento della vita. Ora, a fronte dell'invecchiamento progressivo della popolazione e della proiezione dell'aspettativa di vita tra le più alte al mondo, è possibile, ed auspicabile, che si fissino altre mete per il raggiungimento di un traguardo più generale di benessere psicologico, fisico, sociale e spirituale che consenta alla persona di raggiungere e mantenere il potenziale personale nella famiglia, nella società e nei diversi momenti di vita.

Il raggiungimento di tale obiettivo è possibile a partire da una azione capillare di corretta informazione, sensibilizzazione e comunicazione sociale rivolta a tutti i cittadini, che può scaturire solo dall'integrazione tra il livello normativo, programmatico e operativo delle azioni in ambito educativo, sociale, sanitario e socio sanitario.

Oltre alla costante prevenzione dei principali fattori di rischio in ambito sanitario, sarà da perseguire l'obiettivo di individuare i fattori di rischio, sociale e socio sanitario, presenti in un sistema complesso quale è quello odierno, con conseguente possibile misurazione del benessere psico-fisico e del guadagno di salute in senso olistico.

Promuovere inoltre la conoscenza e lo studio di nuovi trattamenti di supporto ed integrazione delle cure clinico-terapeutiche quali la terapia assistita dagli animali o *pet-therapy*.

PROMUOVERE IL BENESSERE

Promuovere il benessere comporta l'individuazione di una strategia educativa e preventiva complessiva che, a partire dalle attuali sfide educative, valorizzi il *know how* esistente, favorisca l'aggiornamento del sistema di intervento a partire dalla conoscenza delle migliori pratiche del settore (livello UE e internazionale), promuova azioni di formazione diffusa, orienti le azioni di tutti i diversi settori di intervento educativo, culturale, sociale, sanitario, sportivo e preventivo, coinvolgendo il maggior numero possibile di soggetti, istituzionali e non, e i cittadini lombardi.

Azioni:

- avvio di un programma di sensibilizzazione e formazione dif-

fusa a livello regionale e locale, con coinvolgimento attivo e fattivo delle associazioni familiari presenti a livello territoriale;

- realizzazione di una campagna regionale di sensibilizzazione e di informazione rivolta alle famiglie e, in particolare, ai giovani coinvolgendo anche le scuole sul tema dell'educazione alimentare;

- diffusione di programmi preventivi validati e buone prassi già in atto a livello territoriale;

- attivazione di punti informativi/di ascolto nei luoghi aggregativi/educativi con particolare attenzione all'ascolto dei minori effettuato da professionisti con specifica competenza in ambito di prevenzione del disagio;

- coinvolgimento delle scuole.

LA PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO E SOCIO SANITARIO

Sono individuati i seguenti obiettivi:

- politiche a favore della natalità e della tutela della salute in età infantile ed adolescenziale, tendendo all'incremento della popolazione giovanile; tali politiche devono necessariamente essere integrate con politiche abitative, del lavoro, di sostegno economico, di conciliazione e devono prevedere una relazione fra gli attori e l'integrazione degli interventi (AO, Dipartimenti materni infantili, consultori e PLS, centri aiuto alla vita, servizi sociali, ecc.);

- politiche ed interventi di prevenzione e contrasto dei fenomeni di violenza e in particolare della violenza sulle donne e sui minori;

- per la riduzione del numero di episodi di violenza e abuso sessuale richiamati sia nel PRS sia nel presente documento si interverrà in sede normativa anche mediante la previsione di uno specifico piano volto a favorire la costituzione di una rete - di prevenzione, formazione, accoglienza, assistenza, ascolto, controllo del fenomeno - fra soggetti istituzionali, realtà associative e del volontariato, case delle donne maltrattate e centri antiviolenza che si occupano del sostegno soccorso, assistenza, consulenza legale e psicologica alle donne vittime di violenza, anche allo scopo di produrre un cambiamento nella cultura che produce violenza;

- riduzione della mortalità in età giovane-adulta, con particolare riguardo ad incidenti stradali e infortuni sul lavoro e tumori;

- miglior qualità della vita, con stili comportamentali salutari che prevenono a partire dalla prima infanzia comportamenti a rischio, suggeriti tramite adeguate campagne di comunicazione ai cittadini;

- coinvolgimento delle scuole nelle campagne di sensibilizzazione ed educazione alimentare, motoria e sportiva;

- riconoscimento del territorio quale ambito prioritario di prevenzione dove possono convergere politiche integrate che promuovono salute e possono essere sostenuti processi di auto mutuo aiuto e interventi strutturati di prossimità e di coesione sociale;

- diagnosi precoce delle malattie neoplastiche;

- prevenzione dei fenomeni di polidipendenza;

- predisposizione ed attuazione di un programma regionale di prevenzione sanitaria attraverso l'attività motoria secondo i protocolli e gli indirizzi validati a livello scientifico e in accordo, tra l'altro, con la Federazione Medico Sportiva Italiana (FMSI).

Per perseguire efficacemente tali obiettivi è necessario che i servizi di prevenzione delle ASL superino il tradizionale metodo di lavoro con azioni e strumenti innovativi.

È infatti necessario impostare progetti che riguardino la persona e la comunità nella sua interezza, con riferimento al benessere complessivo, derivato multifattoriale da patrimonio genetico, ambiente fisico e sociale, comportamenti e stili di vita individuali e collettivi.

È indiscutibile che i maggiori risultati raggiunti, in termine di prevenzione, siano da attribuire alle azioni di sistema che hanno consentito che la società, nel suo complesso, migliorasse le condizioni dell'ambiente, delle abitazioni, degli ambienti di vita collettiva e dei luoghi di lavoro, dei servizi di distribuzione dell'acqua, della raccolta e smaltimento dei rifiuti, della produzione e preparazione degli alimenti.

Tali obiettivi sono stati conseguiti anche grazie a normative consolidate ed all'azione di promozione e controllo svolta da diverse istituzioni, tra le quali le ASL.

Mentre in passato era sufficiente che ASL, comune e provincia verificassero la presenza di alcuni requisiti, prevalentemente di natura strutturale, è ora necessario che l'attenzione sia spostata sulla qualità degli esiti con monitoraggio continuo.

Ciò richiede che le competenze del personale addetto a vigilanza e controllo siano accresciute e che tendano all'approccio dinamico di controllo delle attività dei diversi attori.

Sarà pertanto necessario:

- individuare le attività economiche e di servizio che presentano maggiori rischi per la salute sia della popolazione sia dei lavoratori, concentrando su di esse i controlli;

- delineare, con sistemi informativi adeguati, anche di georeferenziazione, il contesto produttivo - dei settori primario, secondario e terziario - del territorio sul quale si opera; per questo è necessaria l'informatizzazione e condivisione di tutte le banche dati disponibili, in integrazione con le camere di commercio, le direzioni regionali e provinciali del lavoro, l'Agenzia Regionale Protezione Ambiente (ARPA), le province e i comuni, l'Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS) e l'Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL);

- spostare l'attenzione dai soli requisiti strutturali ai requisiti di funzionamento; in particolare sarà necessario riconoscere la responsabilità e quindi verificare l'organizzazione e i piani di autocontrollo delle imprese, come previsto dalle direttive europee in materia di sicurezza alimentare, sicurezza nei luoghi di lavoro, sicurezza negli ambienti di vita e nelle reti di servizi, comprese le attività di controllo interno esercitata dai gestori degli acquedotti, attraverso l'analisi dei piani di autocontrollo e di valutazione dei rischi e la verifica della loro corretta applicazione;

- avviare un meccanismo virtuoso che, dando trasparenza all'azione di controllo dell'ASL, evidenzii quali sono le non conformità o violazioni più comuni, consentendo di arricchire le linee guida e le stesse normative, per migliorare complessivamente la qualità di tutti i sistemi.

È quindi necessario uscire da una mentalità esclusivamente sanzionatoria, che contrappone controllore e controllato in una reciproca attribuzione di carenze, per far crescere tutto il sistema, nel quale ciascuno gioca il proprio ruolo ma per un obiettivo comune.

Particolare attenzione andrà prestata alla dimensione preventiva del consumo e dell'abuso di alcol e droghe in quanto si tratta di un fenomeno in espansione, che porta a conseguenze molto serie nella nostra società, nei diversi ambiti di vita di ogni cittadino sia che si tratti di giovani e giovanissimi sia che si tratti di adulti, in qualità di genitori, lavoratori e decisori. In questa attività di sensibilizzazione dovranno essere coinvolte le associazioni di volontariato già attive nei vari ambiti.

Il fenomeno dei consumi di sostanze, nella sua necessaria differenziazione tra uso, abuso e dipendenza, supera le logiche tradizionali che hanno sin qui accompagnato lo sviluppo dei servizi introducendo, in particolare per i giovani consumatori, modalità d'uso che chiedono a tutti i soggetti in campo di essere aggiornati competenti ed incisivi nel proprio specifico e, contemporaneamente, di sviluppare altrettanto efficaci meccanismi di comunicazione che permettano di essere sinergici, sintonici e sincroni in un'azione comune strategicamente orientata a livello regionale.

Occorre creare un sistema scientifico e culturale che contrasti la diffusione dei comportamenti di consumo e orienti la popolazione generale verso la tutela della salute; le indicazioni dell'Unione europea (UE) in questo settore puntano in modo particolare sul miglioramento del livello di coordinamento fra i diversi settori delle politiche di intervento (sanitarie, sociali, educative, culturali, di contrasto, ecc.) e sull'innalzamento del livello qualitativo e metodologico degli interventi messi in campo.

È pertanto necessario sviluppare una strategia preventiva regionale in grado di contrastare il diffondersi degli atteggiamenti di tolleranza verso l'uso di droghe, legali e illegali, a favore di una maggiore capacità delle persone e delle comunità di tutelare la propria salute.

Per l'attività preventiva su consumo ed abuso di alcol, droghe e comportamenti additivi è importante il coordinamento dei Dipartimenti delle Dipendenze.

Sarà realizzata una campagna che preveda una specifica informazione sui consumi alcolici con particolare attenzione ai consumi giovanili, utilizzando i servizi socio sanitari, le agenzie territoriali che si occupano di salute, i Dipartimenti delle Dipendenze, nonché i nuovi media.

RESPONSABILITÀ NELLE SCELTE INDIVIDUALI

Negli anni trascorsi l'attenzione dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Dipartimenti delle Dipendenze è stata rivolta all'informazione e diffusione di conoscenze su comportamenti e stili di vita adeguati, quali danni da fumo, alcol e droghe, l'educazione alimentare e i comportamenti responsabili nei rapporti sessuali.

La prevenzione è stata rivolta alla sensibilizzazione verso vaccinazioni e *screening* oncologici, all'educazione alla convivenza civile e responsabile mediante interventi di educazione alla circolazione stradale e alla guida sicura, all'utilizzo delle misure di protezione in ambito lavorativo e alla prevenzione degli incidenti domestici.

1° Supplemento Straordinario N. 49 - 7 dicembre 2010

Esistono azioni che possono provocare danni alle comunità oltreché a se stessi ed altre azioni che possono produrre un beneficio a vantaggio della collettività. È quindi necessario un comportamento corresponsabile da parte delle istituzioni con prevalente indirizzo formativo per implementare interventi che favoriscano le scelte salutari da parte di ciascuno.

Per tali motivi, priorità e obiettivi saranno i seguenti:

- mantenere/incrementare i livelli di copertura vaccinale raggiunti per le vaccinazioni raccomandate, garantendo la prosecuzione della gratuità dei vaccini HPV, meningococco e pneumococco;

- proseguire nel percorso attivato con l'ufficio Scolastico Regionale, con cui nel 2006 è già stato siglato un protocollo di intesa, affinché i temi dell'educazione alla salute diventino parte integrante dei programmi scolastici curricolari e siano quindi veicolati dagli insegnanti, cui le ASL daranno il dovuto supporto;

- valorizzare il ruolo attivo dei consultori familiari nella promozione di competenza e responsabilità nelle relazioni interpersonali e familiari, nella prevenzione e assistenza delle donne e minori vittime di violenza, nei rapporti sessuali e nelle scelte procreative, in coerenza con il Piano Sanitario Nazionale (PSN) vigente; promuoverne il coinvolgimento nei piani di educazione alla salute da realizzare in collaborazione con la scuola in attuazione del Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2010-2012;

- prevedere altresì iniziative specifiche per interventi di contrasto dell'abitudine all'uso del fumo e all'uso di abitudini alimentari scorrette (obesità non geneticamente determinate);

- potenziare e coordinare la rete dei pediatri di famiglia, attivi anche in ambito multidisciplinare, al fine di individuare precocemente indicatori di fattori di rischio patologico, attraverso accertamenti, sulla base dell'evidenza scientifica, da condurre su *target* di popolazione sia infantile sia adolescenziale;

- individuare alcuni temi di interesse generale per specifiche campagne di informazione regionali, da realizzarsi anche con l'utilizzo dei nuovi canali multimediali;

- sviluppare percorsi di collaborazione tra ASL, Enti locali ed associazioni per la diffusione di informazione tra la cittadinanza e la popolazione;

- promuovere le competenze dei genitori e aumentare le conoscenze e le competenze dei diversi soggetti della comunità locale sul fenomeno dell'uso/abuso di sostanze psicoattive;

- potenziare la collaborazione con la scuola, la Prefettura, le Forze dell'ordine, il Terzo Settore e gli Enti locali per cogliere situazioni di disagio precoce, di rischio o di difficoltà e di agire preventivamente;

- avviare un protocollo con le Prefetture per attuare interventi preventivi su soggetti segnalati per possesso/uso di droghe e per soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza;

- intervenire in ambito normativo, coordinandosi a livello nazionale, per mantenere e migliorare gli interventi volti a promuovere una guida responsabile;

- interagire con comuni e province per la pianificazione urbanistica che promuova l'attività motoria;

- sensibilizzare la popolazione, le famiglie e la scuola circa l'incidenza dell'attività motoria e circa i corretti metodi di svolgimento della medesima sulla salute;

- attuare accordi con la grande distribuzione, le associazioni di consumatori e di categoria, le aziende agricole lombarde, le farmacie, le camere di commercio e le industrie alimentari per realizzare campagne promozionali incentivanti in grado di indirizzare la popolazione verso scelte salutari in campo alimentare, anche con campagne di contenimento dei prezzi.

Nell'ambito del grande capitolo della tutela della salute, appare ormai inderogabile definire e normare nuove specialità a carattere medico ormai diffusamente praticate sul territorio regionale e nazionale, al fine di garantire la qualità degli operatori e l'idoneità degli ambulatori.

In particolare, ciò si rende necessario per la cosiddetta medicina ad «indirizzo estetico» o «medicina estetica», disciplina alla quale si rivolgono migliaia di pazienti ogni anno.

A tal fine, in collaborazione con le associazioni e le scuole presenti da almeno dieci anni sul territorio lombardo, che si occupano di formazione e promozione della «medicina estetica», è opportuno:

- predisporre i requisiti minimi che devono possedere le strutture ambulatoriali ove viene esercitata la «medicina estetica»;

- realizzare un protocollo di intesa con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri;

- evidenziare presso il Ministero della Salute e il MIUR la necessità che venga validata una formazione specifica.

EXPO 2015

In raccordo con quanto indicato nel Piano Regionale di Sviluppo (PRS) della IX legislatura, nel PSSR si dovrà puntare all'obiettivo di far diventare la Lombardia un polo dell'eccellenza mondiale della sanità.

L'EXPO sarà l'occasione per dare una spinta propositiva in questo senso. La fiera universale sarà la «vetrina della salute», il luogo migliore dove imparare a curarsi e a nutrirsi secondo regole sane; servirà a far conoscere la realtà complessa e avanzata degli istituti ospedalieri pubblici e privati lombardi e della salute della persona nel suo complesso, sottolineando in particolare l'alta qualità raggiunta nella integrazione socio sanitaria e «la rete del benessere lombardo» che racchiuderà le terme, le acque salutari, i parchi naturali, così come tutti i luoghi dove migliorare le proprie condizioni fisiche e psichiche, coinvolgendo tutti gli enti territoriali della Regione Lombardia.

Il sistema della salute sarà concepito come eccellenza degli istituti di ricerca pubblici e privati, della presenza delle case farmaceutiche, delle industrie biomedicali o collegate alla medicina e che siano in continua collaborazione con le università presenti sul territorio nonché del rapporto tra ricerca, banche e istituzioni pubbliche.

Dovranno anche essere realizzate tutte le politiche necessarie alla valorizzazione dei «cervelli» residenti sul territorio e tutte quelle finalizzate al rientro in Lombardia dei talenti emigrati all'estero creando un grande progetto sinergico tra le università e gli ospedali.

VERIFICA DI RISULTATI

Come per la diagnosi e la cura, è necessario che gli obiettivi della prevenzione siano sottoposti alla verifica dei risultati conseguiti, in termini di cosiddetto «guadagno di salute», pur con i limiti derivanti dal fatto che il tempo di latenza tra un intervento preventivo e i suoi effetti è solitamente lungo e che la buona salute deriva da molteplici fattori.

Gli indicatori di risultato da valutare sono:

- il mantenimento in riduzione del *trend* degli infortuni sul lavoro;

- il monitoraggio delle tossinfezioni alimentari generate al di fuori dell'ambito domestico e la loro riduzione;

- la riduzione percentuale di fumatori e l'incremento di soggetti che accedono a percorsi di disassuefazione al fumo;

- il contenimento di livelli di obesità nell'adulto al di sotto dei valori medi nazionali;

- il monitoraggio del trattamento dei soggetti ipertesi e il mantenimento in riduzione del *trend* della mortalità per malattie cardiocerebrovascolari nei soggetti di età inferiore ai sessantacinque anni;

- la riduzione di mortalità per carcinoma mammario nelle donne, con contestuale incremento del livello di adesione allo *screening*;

- l'incremento dell'individuazione precoce, tramite *screening*, dei tumori del colon-retto;

- l'incremento della pratica sportiva e dell'attività motoria e dei livelli di efficienza fisica della popolazione secondo i protocolli funzionali validati a livello scientifico e in accordo, tra l'altro, con la FMSI;

- il mantenimento in riduzione del *trend* della mortalità per incidenti stradali;

- la riduzione dell'incidenza delle infezioni da HIV e dunque dei casi di AIDS;

- l'aumento del tasso di natalità;

- la riduzione del rapporto di abortività;

- la riduzione del numero di episodi di violenza e abuso sessuale;

- la riduzione del numero di abusi, violenza e maltrattamento sui minori.

SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA
IL CONTESTO

La Lombardia è la prima regione agricola d'Italia e tra le più rilevanti a livello europeo, con una spiccata vocazione zootecnica (gli allevamenti contribuiscono al valore complessivo della produzione agricola per il 60%) e, di conseguenza, di trasformazione agroalimentare.

Gli allevamenti, in gran parte di tipo industriale, sono soggetti a continui rischi di infezione a causa delle intense movimentazioni di animali. Prevenire il rischio di epidemie (ad es. malattia vescicolare dei suini e influenza aviaria, le più gravi negli ultimi anni) è prioritario non solo per prevenire i danni agli allevatori, ma anche per scongiurare le drammatiche conseguenze che

tali epidemie provocano all'intera filiera (crollo della domanda interna dei prodotti e blocco delle esportazioni). Nel caso di malattie potenzialmente pericolose per l'uomo, come l'influenza, il continuo controllo e monitoraggio degli allevamenti hanno un ruolo fondamentale per la tutela della salute umana.

Un efficace sistema di controllo ufficiale è lo strumento fondamentale per garantire la sicurezza del consumatore e consentire la commercializzazione con l'estero degli animali e dei prodotti tipici agro-alimentari.

Le attività dei servizi veterinari territoriali, coordinate con quelle di tutela della salute svolte dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), rivestono un ruolo importante nel settore della sicurezza alimentare, così come previsto dalle stesse norme comunitarie, che introducono il principio di controllo di filiera per tutti gli alimenti e gli animali produttori di alimenti destinati all'uomo, in base al criterio dal campo alla tavola.

Fondamentale è dunque il mantenimento di una rete territoriale, come garanzia della sicurezza e della qualità dei prodotti di origine animale e della protezione del patrimonio zootecnico, con riflessi sulla tutela della salute del consumatore e sull'impatto che queste attività hanno nell'ambito economico regionale.

Si profila inoltre un importante ruolo della Sanità Pubblica Veterinaria (SPV) nelle iniziative di organizzazione e controllo, anche in relazione all'EXPO 2015 per la valorizzazione delle imprese alimentari lombarde.

La tutela degli animali d'affezione e la lotta al randagismo richiedono un'attenta azione di governo per prevenire problemi sempre più attuali, anch'essi correlati con la prevenzione in senso più ampio, quali il peggioramento del livello di igiene urbana, episodi di aggressione alle persone, diffusione anche di malattie gravi per l'uomo (es. la rabbia). Non deve inoltre essere sottovalutato il ruolo che oggi hanno gli animali da compagnia rivestono nel contesto sociale e la maggiore sensibilità da parte dei cittadini, che sempre più richiedono interventi di governo per riconoscerne le dignità e tutelarne il benessere.

LINEE STRATEGICHE IN AMBITO VETERINARIO

Per quanto riguarda il miglioramento della qualità dei servizi è previsto:

- il completamento e l'attuazione del programma di definizione degli *standard* di funzionamento dei servizi dei dipartimenti, in coerenza con le procedure di accreditamento;

- la definizione e il coordinamento dell'attività di formazione del personale delle ASL coinvolto nella attuazione del suddetto programma;

- l'implementazione del programma regionale di *audit* sull'attività dei DPV al fine della verifica dell'attuazione delle indicazioni regionali;

- un maggior coordinamento della collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS), al fine di pervenire ad una migliore armonizzazione tra le strutture del sistema regionale e lo stesso Istituto, con piena condivisione dei criteri di intervento;

- il completamento dello sviluppo e dell'integrazione dei sistemi informatici operanti nel settore della sicurezza alimentare e della prevenzione in senso lato, al fine di costituire una piattaforma regionale unica che soddisfi i fabbisogni informativi locali e regionali e consenta una rendicontazione omogenea e certa dei flussi di dati verso il Ministero.

Per quanto riguarda il governo dell'attività sul territorio si prevede di intervenire su:

- innalzamento qualitativo del livello sanitario delle produzioni animali, anche mediante la promozione della biosicurezza nelle aziende, secondo gli indirizzi della «Nuova strategia per la salute degli animali nell'UE 2007-2013: prevenire è meglio che curare»;

- controlli più appropriati e efficienti, basati sull'analisi del rischio, favorendo la condivisione dei dati sui controlli tra gli addetti;

- definizione e applicazione di modalità innovative per esecuzione dei piani di controllo delle malattie di interesse zootecnico, basate anche sulla definizione di «filiera» nei vari settori di allevamenti in possesso dei requisiti per accedere all'esportazione verso Paesi Terzi;

- piani regionali di campionamento dei prodotti alimentari di origine animale in base alla valutazione del rischio, in coordinamento con IZS;

- piani di controllo su prodotti alimentari provenienti da Paesi Terzi e sulla produzione, commercializzazione e somministrazione degli alimenti etnici;

- specifiche procedure di controllo ufficiale sugli stabilimenti autorizzati all'esportazione di prodotti di origine animale verso i Paesi Terzi;

- patto sicurezza e qualità alimentare in una logica di sistema regionale;

- attuazione delle iniziative previste dalla legge regionale in materia di prevenzione del randagismo e tutela degli animali domestici, sviluppando sinergie con Enti locali e le associazioni *no profit*;

- individuazione di procedure semplificate e flessibili per l'applicazione delle norme comunitarie nelle zone svantaggiate e di montagna che garantiscono comunque il raggiungimento degli obiettivi di sicurezza, ma consentano la prosecuzione delle attività di produzione e trasformazione di prodotti alimentari tipici di particolare pregio e il mantenimento delle piccole realtà produttive strettamente legate con l'economia territoriale circostante.

PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO SANITARIA, RETI DI PATOLOGIA E PIANI DI SVILUPPO

La programmazione sanitaria e socio sanitaria deve obbligatoriamente prendere spunto e ovviamente confermare quanto previsto dal PRS della IX legislatura, approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. IX/56 del 28 settembre 2010, e in particolare quanto disciplinato nell'area sociale: «Far crescere il benessere sociale e promuovere la salute: sanità d'avanguardia per garantire la salute: dalla cura al prendersi cura».

RETI DI PATOLOGIA

Le reti di patologia sono state istituite al fine di consentire ai professionisti della sanità sinergie e condivisione collegiale dei protocolli di procedura sulla base delle *best practice*. Costituiscono il modello di integrazione dell'offerta in grado di coniugare esigenze di specializzazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie, diffusione sul territorio di centri di eccellenza e di tecnologie ad elevato *standard*, sostenibilità economica, fabbisogni della collettività e dei professionisti che operano in ambito sanitario e socio sanitario.

L'ulteriore evoluzione delle attuali reti, sia in termini quantitativi che qualitativi, e l'implementazione di nuove integrazioni, strutturate per funzioni, nodi, *cluster* e prodotti, basate sui *network* di patologia, articolate per livelli, in grado di intercettare le esigenze del cittadino e le palesi evoluzioni socio-demografiche e di classi di patologie in atto, saranno la base di transizione verso un sistema integrato di offerta. In tal senso le infrastrutture tecnologiche su cui poggiano le informazioni clinico scientifiche necessarie per la gestione del paziente rappresentano, attraverso il CRS-SISS, l'elemento di confronto e integrazione tra i dati più semplicemente clinici e i dati sanitari/sociali/amministrativi, indispensabili per una efficace azione di programmazione; il relativo registro dovrà essere messo in rete con quello esistente, al fine di soddisfare il fabbisogno sanitario.

L'obiettivo finale è quello di portare a regime ed estendere le reti di patologia, considerata l'efficacia delle cure e il gradimento registrato da parte di operatori e cittadini, e di sviluppare progetti per rafforzare la centralità del paziente, coinvolgendolo attivamente nella costruzione e nella gestione del proprio fascicolo socio sanitario personale tramite CRS-SISS.

La risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura, si realizza attraverso lo sviluppo di percorsi integrati multidisciplinari e di continuità delle cure, che garantiscono la centralità del paziente. Tale approccio assistenziale richiede un'impostazione secondo metodologie e strumenti di gestione capaci di assicurare un percorso assistenziale continuo che, indipendentemente dalla territorialità, sia in grado di cogliere le specificità delle situazioni organizzative, la complessità delle relazioni e dei bisogni delle persone.

La rete di patologia rappresenta la naturale risposta a queste esigenze, in grado di garantire la continuità delle cure, l'individuazione e l'intercettazione della domanda di salute con la presa in carico globale del paziente ed il governo dei percorsi sanitari, socio sanitari e sociali, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica.

Network di peculiare rilevanza, anche in previsione dell'EXPO 2015, è da considerarsi il sistema dell'urgenza emergenza e la necessaria definizione del sistema integrato per la gestione del trauma, la rete per il paziente neurochirurgico, della chirurgia della mano, la rete ustioni, la definizione del sistema pediatrico e neonatale.

RETE DELLE MALATTIE RARE

Verrà dedicata particolare attenzione alle malattie rare, che aggregate rappresentano il 2% delle patologie, attraverso lo sviluppo di reti per le malattie rare che comprendono la rete verticale composta dai centri di riferimento e le reti orizzontali attive vicino al luogo di vita della persona affetta da una malattia rara, composte dagli ospedali locali, dalle reti territoriali di cure primarie comprendenti i MMG, i PLS, specialisti, professionisti sanitari e sociali nonché educatori ed associazioni.

1° Supplemento Straordinario N. 49 - 7 dicembre 2010

Il governo delle reti deve prevedere la possibilità di una precisa e puntuale raccolta dei dati, attraverso archivi integrati con il SSS, ed una successiva elaborazione di indicatori che consentano il *benchmarking* tra strutture e l'elaborazione di strategie di programmazione, oltre che l'istituzione di un apposito registro regionale delle malattie rare, che consentirà anche lo studio di una specifica esenzione per la diagnostica, le cure e l'assistenza alle persone affette da malattie rare, nel rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. n. 196/2003).

Verranno studiati sistemi di incentivazione alla ricerca farmacologica, universitaria e delle imprese per la realizzazione di farmaci o trattamenti altamente innovativi.

Saranno altresì individuate le modalità atte a favorire la formazione e l'aggiornamento professionale sulle malattie rare.

Un'attenzione particolare dovrà essere posta, data la gravità delle patologie, all'inclusione delle malformazioni vascolari, in particolare di quelle dell'infanzia, all'interno del registro delle malattie rare.

Si prevede, inoltre, di attivare uno studio ed approfondimento della patologia relativa alla sclerosi sistemica, affinché possa essere riconosciuta come malattia rara e valutare la possibilità di sperimentare, sulla base di supporti scientifici, percorsi terapeutici che possano migliorare le condizioni di vita dei soggetti con sclerosi sistemica.

RETE ONCOLOGICA LOMBARDA (ROL)

Oggi largamente diffusa sul territorio, verrà progressivamente estesa e specializzata in ambiti differenti che prevedono in primo luogo la ricerca scientifica e la collaborazione con *partner* pubblici e privati e la possibilità di utilizzare la piattaforma delle strutture sanitarie regionali aderenti alla ROL in contesti di ricerca d'avanguardia. Altri ambiti di sviluppo possibili per una gestione globale del paziente in fase avanzata di malattia, dovranno avere l'obiettivo di rendere sinergiche tutte le componenti sanitarie, socio sanitarie e sociali che devono costituire l'indispensabile rete attorno al paziente oncologico.

RETE TRASFUSIONALE

Consolidata da anni nel sistema sanitario lombardo anche grazie alle diverse leggi in materia, ha portato la Regione Lombardia alla piena autosufficienza di sangue ed emocomponenti, raggiungendo elevati livelli di qualità e sicurezza a tutela e garanzia sia dei riceventi che dei donatori, anche grazie al ruolo svolto dall'associazionismo rappresentativo delle donatrici e dei donatori lombardi, quali attori fondamentali del sistema e nodi essenziali della rete trasfusionale, in sinergia con le istituzioni regionali e con le articolazioni territoriali del SSR. È necessario mantenere costantemente monitorati gli obiettivi di autosufficienza e i livelli di sicurezza prevedendo anche modelli organizzativi in grado di garantire elevata capacità in termini di esperienza professionale e innovazione tecnologica, tenendo conto anche della necessità di un'applicazione diffusa dell'appropriata clinica in ambito trasfusionale con l'adozione di riscontrabili, specifici e condivisibili indicatori di *output* e di *outcome*.

La rete trasfusionale dovrà coordinarsi inoltre con le associazioni di volontariato responsabili della donazione di sangue, al fine di prevenire eventuali situazioni di emergenza e di carenza che possono verificarsi in particolare nel periodo estivo.

RETI DI PATOLOGIA ATTIVATE DI RECENTE IN FORMA SPERIMENTALE

La rete ematologica (REL) e la rete nefrologica (RENE) hanno cominciato a dare i primi risultati. Sono stati implementati i registri delle malattie ematologiche ed è stato rivisto il registro di dialisi e trapianto, utilizzando il supporto della piattaforma tecnologica CRS-SISS. I dati contenuti in tali registri, oltre a fornire informazioni a fini statistici, epidemiologici e di analisi e ricerca, permetteranno di definire l'entità delle patologie ed impostare un approccio razionale sia alla diagnosi che alla terapia dei pazienti, per un utilizzo appropriato delle risorse. Attraverso eventi formativi, già avviati nell'ambito della REL, si andranno a sviluppare le necessarie sinergie tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nella gestione dei pazienti, al fine di garantire non solo alta qualità delle cure, ma anche un sistematico e rigoroso controllo dei rischi correlati ai trattamenti sanitari. Sarà, quindi, necessario superare la fase sperimentale ed avviare una fase di progressione evolutiva per il suo inserimento nel sistema regionale.

Nell'ambito delle reti in evoluzione sono stati recentemente implementati sistemi di raccolta dei dati clinici relativamente alle patologie più diffuse in ambito cardiocerebrovascolare. In particolare, a completamento della definizione delle reti per la gestione dell'*ictus* e dell'infarto cardiaco, si provvederà ad attivare una raccolta dati regionale, con l'intento di analizzare e confrontare le *performance* del sistema nel suo complesso quando lo stesso si cimenta con patologie la cui morbilità e

morbosità sono drammaticamente tempo dipendenti. Nel contesto delle reti di patologia è necessario attivare un ulteriore passaggio evolutivo di integrazione da parte del sistema urgenza emergenza extraospedaliero.

RETE DELLE CURE PALLIATIVE E RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE

La Regione Lombardia si impegna a portare a conclusione l'implementazione della rete regionale per le cure palliative, proseguendo il percorso normativo realizzato iniziato nel 1998 e continuando la programmazione prevista nei precedenti PSSR. La programmazione, secondo quanto previsto dalla legge 15 marzo 2010, n. 38 «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore», terrà conto del livello di eccellenza storicamente raggiunto nella Regione Lombardia e delle specificità della rete delle cure palliative regionale sviluppatesi negli ultimi dieci anni.

Nel completamento della rete sarà data specifica attenzione al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- estensione delle cure palliative ai malati inguaribili in fase avanzata non oncologici, indipendentemente dalla loro età, in accordo alle indicazioni nazionali ed internazionali;

- rafforzamento della integrazione sanitaria, socio sanitaria e socio assistenziale, sia fra le strutture che ricoverano o ospitano i malati inguaribili assistiti dalla rete, sia fra il territorio e le strutture di cure palliative, sia fra le reti di cure palliative e quelle per malati acuti e cronici. Per il supporto alla famiglia l'integrazione dovrà prevedere uno stretto raccordo degli interventi garantiti dalla Regione, dalle province e dai comuni, sia a livello centrale che locale;

- impegno della Regione affinché si implementi la rete della terapia del dolore, attraverso la definizione del livello di terapia del dolore «di base», garantita dai medici di medicina generale e dei Centri di terapia del dolore di primo livello (definiti «*Spoke*») e di quelli di secondo livello (definiti «*Hub*»);

- definizione di un sistema di coordinamento delle reti, sia a livello regionale che locale, fondato su una puntuale definizione dei ruoli e delle funzioni, su una tassonomia e percorsi assistenziali condivisi;

- potenziamento dei rapporti formali e informali fra il sottosistema delle cure palliative di base, centrato sull'attività dei MMG e delle *équipe* operanti a livello distrettuale, e quello di livello specialistico, costituito dal *network* delle Unità di Cure Palliative e degli *Hospice*, in particolare per la cura e assistenza al domicilio nelle sue differenti applicazioni e caratteristiche;

- valorizzazione delle specificità delle cure palliative rivolte ai minori;

- sviluppo delle attività delle organizzazioni *no profit* operanti nelle cure palliative, comprese le associazioni di volontariato, storicamente presenti nella nostra Regione e fondamentali nell'applicazione del principio della sussidiarietà orizzontale in questo settore;

- sviluppo di un piano di formazione ed aggiornamento per il personale della rete di cure palliative anche con il coinvolgimento dei soggetti *no profit* operanti nella rete;

- realizzazione di un percorso di informazione alla popolazione.

La Regione avvierà, sin dall'entrata in vigore del presente PSSR, le seguenti azioni:

- sviluppo del Progetto Ospedale - Territorio senza dolore, in integrazione fra ASL, AO e strutture sanitarie e socio sanitarie accreditate, secondo quanto previsto dall'articolo 6 della legge 38/2010, anche in considerazione delle esperienze regionali maturate con l'applicazione del Progetto «Ospedale senza dolore» frutto dell'accordo Stato-Regioni del 2001;

- monitoraggio dell'effettiva applicazione dell'articolo 7 della legge 38/2001 «Obbligo di riportare il dolore all'interno della cartella clinica», introducendo opportuni strumenti proattivi e correttivi.

Valutazione degli interventi finalizzati ad agevolare la prescrizione e l'utilizzo dei farmaci antidolorifici, in particolare degli oppioidi, in applicazione della legge 38/2010.

Per il raggiungimento di questi obiettivi e di quelli già declinati dal precedente PSSR la Regione Lombardia istituirà un gruppo di lavoro interassessorile con il compito di monitorare lo stato di realizzazione della rete delle cure palliative e della rete della terapia del dolore, sulla base delle leggi regionali di settore e della legge 38/2010, informando annualmente la Giunta e il Consiglio regionale.

PIANI DI SVILUPPO

Nella direzione che condurrà ad identificare un sempre maggior numero di possibili interazioni tra differenti modelli e protocolli operativi, realizzabili in ambiti specifici di patologia, a com-

pletamento e guida del sistema dei *network*, appare necessario l'aggiornamento e, ove opportuno, la ridefinizione dei piani di sviluppo in determinate aree. In particolare verranno sviluppati dei piani che prevedano l'innovazione terapeutica, la riabilitazione attenta alle specificità del paziente fragile, l'umanizzazione delle cure e la loro estensione a tutte le unità di offerta sanitarie e socio sanitarie. L'obiettivo è favorire il consolidamento dei «cluster sanitari», attraverso aggregati di nodi o centri di ricerca (universitari e non), ospedali e strutture sanitarie e socio sanitarie attorno a cui si sviluppano, in logica di *network*, altre strutture, per servizi e progetti industriali del mondo farmaceutico, biomedicale e *biotech*, per lo sviluppo tecnologico regionale.

Si ritiene inoltre opportuno raccogliere l'invito del Parlamento europeo a definire un programma di studio che, a partire dalla raccolta di dati e dal confronto delle esperienze sanitarie, permetta il riconoscimento della fibromialgia come malattia.

TELEMEDICINA

I contesti di intervento della telemedicina, intesa nel senso più ampio del termine, supereranno la fase di sperimentazione locale per giungere ad una fase di implementazione su scala provinciale o regionale. L'obiettivo preliminare è l'identificazione della tipologia di paziente (e non solo di patologia) potenzialmente in grado di beneficiare del nuovo assetto organizzativo e del modello economicamente e funzionalmente più idoneo a garantire tutte le fasi di assistenza, attraverso centri di coordinamento dotati delle più avanzate tecnologie, anche innovative, in sinergia con l'industria, che siano in grado di ricevere i parametri clinici, al fine di prevenire episodi acuti e di ottenere la necessaria stabilizzazione possibile dei pazienti in stato di cronicità. L'attivazione di progetti su ampia scala costituisce uno dei percorsi per raggiungere questo obiettivo e uno degli strumenti più efficaci per la programmazione dei percorsi di cura in modo che ciascun soggetto, al manifestarsi del bisogno, si senta accompagnato fino al cessare del bisogno stesso. L'obiettivo finale è quello di guidare il cambiamento organizzativo e gestionale della sanità sulla base delle peculiarità geografiche e demografiche del territorio, per individuare soluzioni *ad hoc* (telemedicina ed *e-Health*) e territorializzare i necessari servizi in particolare quelli rivolti a persone in condizioni di fragilità con difficoltà ad accedere ai servizi, anche a supporto della medicina territoriale.

In questa prospettiva si sperimenteranno azioni organizzative/operative tra ASL e unità d'offerta socio sanitarie residenziali (persone anziane e persone con disabilità anche psichica), anche in collaborazione con le strutture di ricovero e cura, finalizzate ad agevolare il cittadino ospite delle strutture nei percorsi di diagnostica specialistica e a produrre riduzioni di costi sul sistema complessivo sanitario e socio sanitario.

INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO

In un contesto di territorio modellato sulle reti di patologia i principali punti di raccordo della rete saranno i MMG, i PLS, le ASL, i soggetti erogatori di ricovero e cura e quelli extraospedalieri di specialistica ambulatoriale, nonché gli erogatori di prestazioni socio sanitarie che dovranno lavorare in sinergia attraverso una maggiore integrazione operativa. Verificati i benefici per gli utenti, sarà necessario dare maggiore enfasi alla costituzione di modelli di aggregazione nell'ambito della medicina generale, che rispettino le caratteristiche peculiari dell'assetto territoriale e del livello di integrazione già in essere. L'integrazione dovrà prevedere uno stretto collegamento tra sistema sanitario, socio sanitario e sociale, atta a garantire una continuità ed una semplificazione dei processi di accesso all'assistenza. Si provvederà ad attivare strutture di ricovero intermedie tra ospedale, (sub-acuta) ed ospedalizzazione domiciliare con monitoraggio H24, in grado di accogliere i pazienti nella fase *post* ricovero per i trattamenti meno complessi.

ASSISTENZA OSPEDALIERA PER INTENSITÀ DI CURA E FUNZIONI

Negli ospedali si sta consolidando un nuovo modello organizzativo che prevede una articolazione per intensità di cura e assistenza. È prevedibile un'estensione di tale modello da una prima fase sperimentale, prevalente nelle strutture di nuova costruzione, ad un numero sempre più ampio di reparti, dipartimenti o intere strutture ospedaliere. È opportuna, in tal senso, una attenta verifica del reale impatto di questa riorganizzazione intraospedaliera che permette, in linea teorica, la separazione del controllo delle risorse strutturali dal controllo del processo clinico per funzioni e che quindi consente di gestire in modo flessibile gli organici infermieristici e le risorse e di riposizionare la professionalità del medico sull'efficacia delle cure e sul rapporto con il paziente.

L'ospedale per intensità di cura è un modello organizzativo che si colloca in continuità con un generale e progressivo cambiamento dell'ospedale, volto a caratterizzare lo stesso sempre

più come un luogo di cura delle acuzie e che richiede un'ampia analisi, che consideri le prospettive degli attori fondamentali del sistema. In particolare: la direzione ospedaliera (assetto organizzativo e strutturale), i professionisti sanitari (modelli di presa in carico e meccanismi operativi), la direzione dell'azienda sanitaria nel suo complesso (con particolare riferimento all'interazione tra cure ospedaliere e cure territoriali), il paziente utente cittadino ed i suoi bisogni e percezioni. In tal senso in ogni ospedale devono essere identificati, discussi, condivisi e formalizzati tra tutti i professionisti i criteri clinici di accesso, passaggio e di dimissione per i diversi livelli di cura, in considerazione delle evidenze disponibili, adattate alle specificità locali.

La riorganizzazione dell'ospedale per intensità di cura e funzioni, configurando sempre più il momento ospedaliero come il momento dell'acuzie, richiede una attenta coordinazione di implementazione e sviluppo fra le strutture dedite alla fase di acuzie e quelle dedite alla fase di cura sub-acuta del paziente, attraverso una qualificazione dell'offerta territoriale, come detto in premessa, che garantisca la qualità della presa in carico del paziente, rispondendo contemporaneamente alle esigenze di appropriatezza e di un uso più efficiente delle risorse. Questa riorganizzazione della rete ospedaliera dovrà necessariamente essere accompagnata da una contemporanea e coerente determinazione dei costi delle azioni di processo ai fini del relativo finanziamento, onde evitare un incontrollato incremento di spesa.

Si concretizzeranno maggiori sinergie tra i diversi soggetti della sanità, della ricerca, della finanza e del mondo industriale, per ottimizzare la spesa in ricerca e sviluppo ed inoltre il miglioramento dell'offerta sanitaria attraverso interventi tesi all'ammmodernamento ed alla riqualificazione dei presidi ospedalieri e delle apparecchiature tecnologiche e sanitarie impiegate.

RETE HPH E MEDICINA COMPLEMENTARE

La promozione della salute all'interno degli ospedali *Health Promoting Hospitals* (HPH) proseguirà privilegiando un maggior livello di integrazione territoriale, attivando nuovi percorsi progettuali di qualità e verificabili nella metodologia, trasferibilità e risultati, anche attraverso percorsi formativi specifici, e definendo ambiti tematici innovativi in collaborazione con la rete nazionale ed internazionale HPH.

Nella logica dell'attenzione al cittadino proseguirà lo sviluppo dei sistemi di garanzia per un utilizzo consapevole della medicina complementare mediante la prosecuzione della collaborazione in atto con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la promozione di studi sperimentali con lo scopo di valutarne l'efficacia e il miglioramento dell'offerta formativa nel settore, in collaborazione con le università regionali.

RICERCA

Il ruolo della *governance* regionale della ricerca in tutti i suoi ambiti dovrà comprendere un'azione di coordinamento e di implementazione dei risultati ottenuti con l'obiettivo di rendere immediatamente disponibile per i cittadini il valore aggiunto conseguente all'attività di ricerca. Le aree tematiche di interesse ricomprendono il settore cardiovascolare, oncologico, le cure primarie, i trapianti, il piano sangue ed un ambito di ricerca traslazionale indipendente per settori simili o complementari. Lo sviluppo della ricerca avverrà in sussidiarietà orizzontale anche mediante il consolidamento dei «cluster sanitari» e dei *network* di ricerca regionale (universitari e non), per servizi e progetti industriali del mondo farmaceutico, biomedicale e *biotech*, tendenti allo sviluppo tecnologico regionale. L'attività di ricerca coinvolgerà le AO pubbliche, gli IRCCS e le altre strutture private accreditate.

Nel campo delle malattie rare e delle reti per patologie, in questi anni sono stati finanziati degli studi di ricerca indipendente che hanno valorizzato il potenziale umano e scientifico presente nelle strutture accreditate della nostra regione.

Si intende proseguire in questa direzione nella convinzione che la valorizzazione e la promozione della ricerca traslazionale rappresenta un motore eccezionale per il miglioramento della qualità delle cure erogate nei nostri ospedali e per il mantenimento degli attuali elevati livelli di eccellenza raggiunti.

Anche la ricerca sociale ha dato in questi anni elementi di valutazione e indicazioni di policy per lo sviluppo di un sistema sociosanitario e sociale sempre più accessibile, integrato e attento ai bisogni.

In una prospettiva sussidiaria l'impegno sarà quello di coinvolgere gli *stakeholder* nella definizione delle priorità di ricerca, valorizzare il patrimonio conoscitivo prodotto dai diversi attori sociali, anche promuovendo il confronto, ricercando sinergie, aumentando la visibilità e fruibilità dei risultati ottenuti.

Oltre alla valorizzazione degli osservatori regionali sarà sviluppata la collaborazione con le università, i centri di ricerca, gli enti e le fondazioni del sistema regionale.

1° Supplemento Straordinario N. 49 - 7 dicembre 2010

TRAPIANTI

La medicina dei trapianti ha in Lombardia aree di assoluta eccellenza, rappresentate dai Centri trapianti presenti sul territorio lombardo (ventuno centri trapianti, in quattro AO e quattro IRCCS, sia pubblici che privati). L'attività trapiantologica è negli ultimi anni in costante incremento e di ottimo livello clinico. Va quindi garantito il mantenimento degli *standard* di attività e di qualità raggiunti anche per la rilevanza che tale attività riveste in ambito interregionale.

Verrà costantemente monitorata e migliorata l'attività di reperimento degli organi, con programmi di formazione professionale e di sensibilizzazione del cittadino, da attivare con la collaborazione anche delle ASL. Verrà costantemente verificata l'appropriatezza dell'intero processo, dalla segnalazione al trapianto, per migliorare i soddisfacenti livelli raggiunti.

Le banche dei tessuti entrano nel sistema trapianti e la loro attività verrà potenziata con interventi di stimolo alla raccolta / donazione.

RELAZIONI INTERNAZIONALI

Proseguirà la costruzione di una rete di «Alleanze Sanitarie» internazionali con sistemi regionali e nazionali avanzati in Europa e nel mondo. L'ambizione di lungo periodo è quella di puntare alla creazione di una «macroarea sanitaria» che favorisca lo sviluppo tecnologico e renda possibile il costante miglioramento dei servizi sanitari.

L'attività delle relazioni internazionali avverrà con alleanze tra centri universitari e ospedalieri, tra AO ed atenei, tra assessorato regionale lombardo e altre autorità sanitarie estere.

Vi è la crescente consapevolezza della necessità di confrontare le soluzioni e le idee a livello sistemico di fronte alla sfida della sostenibilità economica. Tale *benchmarking* potrà essere, in prospettiva, esteso anche a livelli settoriali, onde permettere alla direzione generale sanità, nelle sue componenti, di dialogare con omologhi uffici degli alleati. Le alleanze potranno essere collegate ad una *governance* regionale delle attività internazionali svolte dalle aziende e dagli istituti del sistema sanitario lombardo (comprese quelle di ricerca) che, nel pieno rispetto della sussidiarietà, collochi queste esperienze in una dimensione regionale.

Proseguirà il dialogo con l'impresa, l'Università e Finlombarda, al fine di far convergere in una Piattaforma per lo sviluppo internazionale, l'intero sistema sanitario regionale ed i soggetti che favoriscono e supportano la sua innovazione tecnologica, mantenendo sempre e comunque al centro dell'attenzione le necessità e le esigenze del paziente quale vero e privilegiato beneficiario.

Le aziende sanitarie, il sistema universitario e della ricerca lombardo e Finlombarda, continueranno a collaborare con l'assessorato alla Sanità per l'acquisizione e l'attuazione di progetti europei di ricerca e sviluppo o di specifico interesse per il nostro sistema sanitario e i suoi alleati. Tali progetti dovranno essere preferibilmente convergenti con gli obiettivi indicati nelle Alleanze sanitarie.

Lo strumento del gemellaggio tra aziende sanitarie, sotto la *governance* dell'assessorato alla Sanità, ha dimostrato nella scorsa legislatura una notevole potenzialità nel settore della cooperazione allo sviluppo e sarà, in questo quadro, ulteriormente messo a punto. Si avrà così un potenziamento della promozione del sistema sanitario lombardo e dell'immagine della Lombardia nel mondo, anche con positive ricadute sui nostri professionisti coinvolti. I gemellaggi di cooperazione allo sviluppo potranno sia essere prodromici ad accordi successivi con paesi o governi sub nazionali, sia rappresentare un fondamentale momento di implementazione degli stessi, sulla base della provata capacità di detti Paesi ad acquisire il trasferimento tecnologico ed il *know how*.

I gemellaggi, costituendo un prezioso ambito di confronto diretto, potranno essere estesi alla collaborazione con i sistemi sanitari avanzati («tra pari») e, prioritariamente, con Stati e Regioni già alleati.

Una particolare attenzione all'interno dell'internazionalizzazione verrà accordata alla diffusione della telemedicina, della tele diagnostica e del teleconsulto.

Verranno conclusi accordi internazionali affinché si realizzino servizi da offrire ad altri Paesi verificando di conseguenza i progetti con l'OMS e non solo col Ministero della Salute.

Nella stessa logica sono state promosse nella precedente legislatura importanti esperienze di collaborazione transnazionale nell'area della disabilità, sia a livello di ricerca, partecipando insieme ad altri Paesi al VI Programma Quadro di ricerca e sviluppo tecnologico, sia attivando lo strumento del gemellaggio anche tra unità di offerta socio sanitarie e sociali di eccellenza lombarde e strutture socio sanitarie e sociali presenti nei Paesi in via di sviluppo e in economia di transizione.

Su questa strada occorre continuare a lavorare, anche facendo convergere sulla progettazione lombarda finanziamenti nazionali ed europei, non solo per presentare in Europa e nel mondo i processi e i risultati consolidati col modello socio sanitario lombardo, ma anche per arricchire lo stesso modello nel confronto con esperienze diverse in atto in altri Paesi.

Certamente strategico è anche il rapporto con il livello UE e internazionale per un continuo scambio e aggiornamento sui diversi modelli di intervento e, in particolare, su programmi preventivi di provata efficacia.

Il rapporto con gli USA permetterà l'acquisizione del programma «*Life Skills Training Program*», un programma preventivo validato al livello internazionale, rivolto a docenti, genitori e studenti delle scuole primarie e secondarie sei-quattordici anni. Il suo adattamento al contesto italiano/lombardo porrà la Lombardia nelle condizioni di mettere a disposizione il programma a livello nazionale e rappresenterà una possibilità straordinaria per rafforzare il piano della programmazione e della progettazione degli interventi, disseminare gli elementi tecnici e conoscitivi utili al miglioramento della qualità degli interventi preventivi, rivedere le pratiche professionali in relazione alle evidenze di efficacia fornite dalla letteratura scientifica e diffondere la cultura della valutazione dei programmi stessi.

COMUNICAZIONE

Nella IX legislatura la comunicazione si qualificherà sempre più come strumento per orientare il cittadino e gli *stakeholder* agli indirizzi e conseguentemente alla programmazione degli interventi, basati sull'attenzione dei segnali espressi dal territorio, anche mediante il dialogo con i cittadini. Sarà curato l'ascolto dei bisogni oltre che l'informazione, così da favorire la partecipazione attiva di tutti ad utilizzare, secondo i principi di centralità del cittadino, nel modo più appropriato, il sistema sanitario lombardo in una dimensione di condivisa responsabilità della salute.

Il modello integrato di comunicazione sarà fondato sulla sinergia con tutti gli Enti e le strutture che in Lombardia, ciascuno per la propria competenza, concorrono alla costruzione del sistema regionale del *welfare*. La percezione unitaria del sistema sarà favorita dal processo di uniformazione dell'identità visiva degli enti sanitari, espressa dai nuovi marchi.

Sarà, inoltre, rafforzata e facilitata la comunicazione agli operatori e tra gli operatori, anche grazie a strumenti di rete tesi ad incrementare il coordinamento e la condivisione della conoscenza, a partire dall'ulteriore potenziamento della comunicazione via *web*, esplorando i nuovi scenari della comunicazione con occhio attento all'innovazione. Con l'obiettivo di orientare l'evoluzione del SSR e promuovere la diffusione della conoscenza, sarà realizzato un piano di ricerche e indagini strategiche, i cui risultati saranno diffusi all'interno del sistema e supporteranno le politiche, gli indirizzi e la loro valutazione.

Sarà, infine, potenziato ed ampliato il servizio di informazione biomedica offerto agli operatori sanitari dal sistema bibliotecario biomedico lombardo, con la definizione di un nuovo assetto normativo e organizzativo del sistema e l'attivazione di canali e modalità di più facile accesso alle fonti bibliografiche.

LA RETE OSPEDALIERA

Va dato impulso alla rete degli ospedali anche per le loro funzioni ospedaliere e territoriali. L'ospedale deve diventare sempre più un luogo tecnologicamente avanzato, dotato della strumentazione di eccellenza, nel quale il paziente deve permanere il tempo strettamente necessario alla cura della sua fase acuta. La funzione territoriale dell'ospedale, attuata dai suoi bracci operativi sul territorio, riguarderà l'attività di diagnosi e cura di primo e secondo grado di complessità e l'erogazione di servizi *post-acuzie* intermedi fra l'ospedale e il domicilio (per es. *sub-acuta*). Per tale riqualificazione, dovranno essere implementati modelli organizzativi e gestionali in rete per funzioni, atti a realizzare forme di continuità assistenziale comprendendo anche l'ospedalizzazione domiciliare e forme alternative al ricovero, presidiando il raccordo con le cure domiciliari socio sanitarie. Per la gestione territoriale sanitaria e socio sanitaria e per la gestione delle patologie della cronicità sarà, quindi, garantita la continuità del processo di diagnosi e cura programmato in filiera domicilio - territorio - ospedale - territorio - domicilio. La complessiva riqualificazione della rete di offerta dei servizi sanitari è uno degli elementi strategici per adeguare il sistema sanitario alle esigenze dei cittadini.

A tal fine una particolare attenzione sarà rivolta alla omogeneizzazione e ridistribuzione sull'intero territorio regionale dei centri di alta specialità, nell'intento di realizzare, oltre al miglioramento della qualità, anche economie di scala ove risulti statisticamente evidente esservi un eccesso di offerta rispetto alla reale domanda.

Occorre quindi completare il processo di ammodernamento

degli ospedali pubblici con interventi tesi all'adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici e impiantistici per il raggiungimento dei requisiti autorizzativi di accreditamento, già avviato, anche attraverso il miglioramento dell'accesso e dell'accoglienza del paziente e dei parenti, della mobilità territoriale verso le cure e dello snellimento burocratico. Le attività, già programmate, della rete di offerta dei servizi sanitari e il processo di ammodernamento e razionalizzazione della rete ospedaliera lombarda verranno implementati attraverso la realizzazione del nuovo polo sanitario di eccellenza nel campo della ricerca e delle cure oncologiche e delle neuroscienze ovvero la nuova Città della Salute, della ricerca e della didattica, nell'ambito dell'accordo di programma sottoscritto il 7 aprile 2009, mediante la localizzazione delle nuove sedi dell'Istituto Nazionale Neurologico «Carlo Besta» e dell'Istituto Nazionale dei Tumori in un'area adiacente alla AO Sacco.

LOGISTICA OSPEDALIERA: AREA FARMACI, DISPOSITIVI E ALTRI MATERIALI

La Regione Lombardia ha promosso ed effettuato indagini approfondite sull'organizzazione della logistica dei beni nelle aziende sanitarie ed ospedaliere attraverso le seguenti ricerche:

- «Strategie e modelli organizzativi per la gestione condivisa della logistica dei beni nelle aziende sanitarie e ospedaliere» Codice IReR: 2007B042;
- «Strategie e modelli organizzativi per la gestione condivisa dalle aziende sanitarie dei servizi di supporto nelle aziende sanitarie ed ospedaliere» Codice IReR: 2008B036;
- «Definizione e sviluppo di un caso pilota per la gestione dei servizi logistici di supporto nelle AO» Codice IReR: 2009B041.

Le evidenze emerse da tali studi indicano che un approccio condiviso nella gestione logistica del farmaco, attraverso l'utilizzo di magazzini centralizzati e l'accentramento delle operazioni logistiche, rappresenta una delle soluzioni a più alto potenziale di efficienza.

PROPOSTE DI PROGRAMMAZIONE

Quale esito delle ricerche la Regione Lombardia ha acquisito una metodologia sperimentata per la centralizzazione dei servizi inerenti la logistica del farmaco e dispositivi medici, la cui applicazione porta a benefici economici e organizzativi delle aziende sanitarie interessate.

L'estensione della metodologia definita dalle ricerche genera:

- benefici verificati che giustificano la realizzazione;
- benefici ulteriori qualitativi/quantitativi certi, anche se da valutare caso per caso;
- partecipazione attiva e positiva, verificata nella ricerca, da parte delle componenti professionali interessate (farmacisti, ecc.).

MIGLIORAMENTO DEGLI INDICATORI ECONOMICO FINANZIARI E/O DI SERVIZIO DELLE AZIENDE SANITARIE

Nel contesto normativo nazionale in materia sanitaria l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 definisce all'articolo 1 che: «Al fine del rispetto degli obblighi assunti in sede comunitaria dall'Italia e per tenere conto delle compatibilità e dei vincoli di finanza pubblica, il livello *standard* complessivo del finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato è definito come di seguito indicato. Le regioni devono assicurare l'equilibrio economico finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza ed appropriatezza».

Il Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 dettaglia nel suo articolato complessivo diversi ambiti di razionalizzazione, monitoraggio e controllo della spesa sanitaria di cui la Regione Lombardia dovrà tenere conto nella IX legislatura.

In considerazione di quanto previsto dal Patto per la Salute 2010-2012 e della necessità, nel corso della IX legislatura, di mantenere l'equilibrio economico finanziario raggiunto ormai stabilmente dalla Regione Lombardia, occorre prevedere un progressivo ulteriore miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza, che consenta di coniugare la stabilità con la dinamica delle risorse disponibili. Infatti nei prossimi anni anche ai sensi del Patto della salute 2010-2012 la dinamica delle risorse disponibili, per indicatori di domanda socio-demografici e socio-economici non sorgenti dal sistema sanitario, potrebbe creare un incremento dei costi che vanno neutralizzati con un progressivo incremento dell'efficienza e dell'appropriatezza, attraverso scelte responsabili.

Le aziende sanitarie pubbliche saranno impegnate quindi in un percorso di miglioramento dell'equilibrio economico finanziario di bilancio, che tiene conto delle voci di ricavo oltre che dei principali fattori di costo.

Il percorso individuerà idonei indicatori di bilancio e/o di servi-

zio relativamente alle ASL anche con l'ausilio di tecniche di simulazione e di conseguente previsione dei risultati. Le aziende sanitarie saranno indirizzate e monitorate nel percorso che deve portare il SSR progressivamente ad omogeneizzare nella direzione del miglioramento i valori percentuali di tali indicatori tra le diverse aziende considerando i relativi effetti sulle assegnazioni di contributi regionali collegati con atti di programmazione.

PRESTAZIONI E SERVIZI SANITARI

IL CONTESTO

L'Area della cronicità in progressiva crescita è senza dubbio il tema meritevole di maggiori attenzioni in quanto ora rappresenta più della metà del fabbisogno di servizi e di assorbimento di risorse. Le patologie croniche sono state oggetto di molte riflessioni sia a livello regionale che a livello di ASL, alimentate dalle informazioni fornite dallo strumento informativo denominato Banca Dati Assistito. Questo raggiungimento di conoscenza e di monitoraggio ci ha permesso di definire più chiaramente i fabbisogni e soprattutto di definire in modo chiaro i percorsi dei pazienti.

Si delinea un nuovo quadro di fabbisogno che occupa sempre più spazio per i bisogni di tipo extraospedaliero o comunque di tipo sub acuto. È necessario, quindi, individuare delle soluzioni strutturali ed organizzative che siano finalizzate a superare l'attuale modello ospedaliero, fondato sulle degenze classiche di tipo acuto e riabilitativo.

Sono alternative a questo modello classico, strutture territoriali per le fasi della patologia cronica che non necessitano del potenziale diagnostico e terapeutico dell'ospedale per acuti, pur richiedendo la necessità di assistenza infermieristica e di monitoraggio giornaliero dei parametri clinici anche mediante la telemedicina e teletrasmissione dei dati che consenta la gestione integrata della cronicità sul territorio. La cronicità può fornire indicatori che richiedano interventi per evitare fasi acute e mantenere «cronica» la cronicità.

Il MMG, diagnosta e terapeuta, è il professionista in grado di svolgere la funzione di accompagnamento dei pazienti, con l'obiettivo di avere la migliore adesione ai percorsi diagnostico-terapeutici, sia in termini di *compliance* con le terapie farmacologiche, sia in termini di tempestiva effettuazione delle diagnostiche di monitoraggio.

ASSISTENZA TERRITORIALE

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

La Medicina Generale è il punto del sistema più vicino ai cittadini e, conseguentemente, quello che più di altri può svolgere la funzione di supporto e di accompagnamento di cui prima si è accennato. Nel corso del 2009, con proseguimento nel corso del 2010, in sei ASL della nostra Regione è partita la sperimentazione della dote sanitaria che ha come obiettivo, in continuità con le iniziative sviluppate in questi anni, quello di modificare in modo significativo la prospettiva della medicina territoriale, mettendo realmente al centro il paziente e definendo una sua dotazione di risorse annuali attese, relativamente alla specialistica ambulatoriale ed alla farmaceutica, che rappresentano l'obiettivo appropriato di servizi: «Dote». La «Dote» è quindi un obiettivo ed un riferimento operativo e non una disponibilità di risorse realmente preassegnata al gruppo di MMG. Di questo obiettivo si fanno carico tutti gli attori del sistema (MMG, soggetti erogatori ed ASL) con la particolarità di riconoscere ad uno di questi MMG, per via della sua vicinanza privilegiata ai pazienti, una funzione specifica di tutoraggio, monitoraggio, valutazione ed integrazione dei servizi. Da qui la necessità di individuare dei precisi indicatori di esito per misurare il valore aggiunto di questa modalità di presa in carico del paziente soprattutto in termini di *compliance*, nel rispetto del percorso diagnostico-terapeutico e in termini di riduzione di eventi sentinella negativi, quali ad esempio ricoveri e discontinuità nella persistenza terapeutica.

A tal fine, sulla base dell'esperienza acquisita, si dovranno favorire al massimo forme aggregate di assistenza primaria che permettano lo svolgersi del lavoro del MMG in una dinamica di confronto e di condivisione delle competenze e delle esperienze tra colleghi, in stretta collaborazione con i professionisti delle strutture specialistiche ubicate nel territorio di competenza, anche con l'ausilio delle tecnologie innovative della telemedicina per monitoraggi continui. Al fine di raggiungere questo obiettivo saranno auspicati a livello locali degli accordi con i comuni e/o con altre istituzioni pubbliche e private per favorire la messa a disposizione di locali e di strutture che permettano la realizzazione di questo modello operativo.

Si prevede l'allargamento di un tavolo di consultazione permanente ASL-MMG-PLS, all'azienda ospedaliera operante nell'ASL stessa, al fine di facilitare l'integrazione tra tutti i soggetti.

1° Supplemento Straordinario N. 49 - 7 dicembre 2010

Si prevede inoltre di sperimentare forme di convenzionamento con specialisti ospedalieri per lo svolgimento delle loro attività presso l'ambulatorio del MMG nel rispetto dei criteri di accreditamento delle aree destinate a servizi sanitari.

LE STRUTTURE DI DEGENZA SUB-ACUTA / POST-ACUTA

Sono stati avviati progetti sperimentali finalizzati all'attivazione di strutture di cure intermedie e di *degenze sub-acute* atte alla cura dei pazienti affetti da patologie croniche, dimissibili dai reparti per acuti, ma non ancora clinicamente inseribili in un percorso di assistenza domiciliare o residenziale socio sanitaria. Per tali pazienti la struttura per acuti non garantirebbe benefici evidenti e superiori a quelli che potrebbero ottenere in strutture in grado di assicurare percorsi clinico-assistenziali, per la gestione appropriata delle patologie croniche.

Queste strutture utilizzeranno le tecnologie avanzate della telemedicina, della teleassistenza, del teleconsulto e dell'ICT, che consentirà loro di potersi avvalere delle modalità organizzative in rete per garantire le sinergie ed il raccordo tra le diverse unità d'offerta sanitarie e socio sanitarie competenti della presa in carico della cronicità.

Per la realizzazione di tali nuove unità d'offerta, dovranno essere definiti i requisiti strutturali, organizzativi, di autorizzazioni ed accreditamento.

Le cronicità stabilizzate potranno trovare le cure appropriate attraverso azioni di monitoraggio supportate dalle tecnologie telematiche sopra specificate, ai fini di individuare indicatori sentinella precludenti la fase di destabilizzazione che richiedono interventi tempestivi per la neutralizzazione degli eventi acuti.

Alcune tipologie di struttura territoriale potrebbero derivare dalla riconversione dei piccoli ospedali il cui ruolo strategico può diventare quello di raccordo tra l'ospedale per acuti.

PSICHIATRIA E NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

La piena attuazione del Piano regionale sulla Salute Mentale del 2005 non può che avvenire realizzando compiutamente l'integrazione sia delle politiche di *welfare* a favore della persona con patologia psichiatrica e della sua famiglia, sia dell'erogazione di servizi ed interventi, specialistici e territoriali, propri dei diversi enti istituzionali.

Gli organismi di coordinamento per la salute mentale ed i tavoli territoriali interistituzionali, per la psichiatria e per la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, sono strumento fondamentale per il raggiungimento di tale obiettivo, andrà perciò sviluppata e consolidata la loro istituzione su tutti i territori delle ASL, anche attraverso il coinvolgimento delle rappresentanze delle famiglie ed impegnando le ASL nel loro ruolo di regia e di coordinamento.

Prioritariamente si dovrà intervenire per:

- promuovere ulteriormente l'appropriatezza di erogazione delle prestazioni residenziali per adulti prevedendo, al termine del percorso riabilitativo ad alta o media complessità, il passaggio verso la residenzialità leggera e la piena integrazione sociale della persona;

- promuovere, in tema di autismo, una organizzazione della presa in carico multi professionale che possa favorire la diagnosi precoce e tempestiva e sviluppare piani terapeutici individualizzati di qualità;

- sviluppare la rete attuale dei servizi così da poter rispondere in modo più adeguato a patologie emergenti quali i disturbi dell'alimentazione, intesi nei due estremi della anoressia e della bulimia;

- sviluppare e sostenere il tema dell'inclusione sociale della persona con patologia psichiatrica e della sua famiglia attraverso la formalizzazione e valorizzazione dei patti territoriali di salute mentale che riguardino tutte le politiche di *welfare*, che siano condivisi con tutti i soggetti coinvolti, pubblici, del Terzo Settore e dell'associazionismo e che contengano le specifiche operative di ogni istituzione, con particolare attenzione al sostegno alla persona ed alla sua famiglia, in particolare i patti territoriali potranno promuovere azioni che favoriscano processi di autonomia e di sviluppo di legami sociali, anche attraverso la collocazione in contesti lavorativi;

- sviluppare il tema della cronicità psichiatrica in età anziana;

- sviluppare e sostenere la cura e l'assistenza delle persone affette da autismo e delle loro famiglie, favorendo il coinvolgimento dei soggetti pubblici e privati, in particolare del *no profit* e dell'associazionismo;

- migliorare la presa in carico e la formulazione dei Progetti Terapeutici Individuali (PTI) che considerino nuove forme di assistenza nel contesto di vita del paziente per favorire la costruzione di legami sociali significativi nell'ambito lavorativo, della residenzialità e della socialità.

Nell'ambito della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza è necessario effettuare una mappatura dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali oggi presenti sul territorio e procedere, in collaborazione con gli operatori professionali dei diversi settori, con gli Enti locali e le associazioni dei familiari ad una valutazione obiettiva dei nuovi bisogni dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie determinandone gli interventi conseguenti. Particolare attenzione andrà posta alle condizioni di acuzie degli adolescenti ed alle doppie diagnosi di dipendenze da sostanze/comportamenti additivi e di patologia mentale, che richiedono sempre più di potenziare e meglio qualificare l'attività dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze oltre l'offerta già esistente sul nostro territorio.

LE FARMACIE TERRITORIALI

Insieme alla medicina generale le farmacie rappresentano un punto del sistema vicino ai cittadini. Il d.lgs. 3 ottobre 2009, n. 153 individua i nuovi servizi erogabili dalle farmacie nell'ambito del servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69.

Tale decreto ha individuato tra i nuovi compiti assistenziali:

- la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata;

- la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta;

- la collaborazione delle farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza.

Rispondendo all'esigenza di far erogare alle farmacie servizi di secondo livello coerenti con i percorsi diagnostici degli assistiti, anche al fine di decongestionare i servizi delle strutture sanitarie con misure di semplificazione e di risparmio.

A tal fine, sulla base anche di progetti sviluppati in specifiche aree territoriali e dell'esperienza e collaborazione che le farmacie hanno da anni sviluppato con il sistema lombardo, si dovrà prevedere l'evoluzione e l'integrazione delle farmacie all'interno della rete territoriale, con l'obiettivo di erogare cura nel rispetto dell'equilibrio di bilancio.

È necessario altresì dare un impulso alla diffusione del farmaco equivalente sensibilizzando ulteriormente prescrittori e farmacisti ed incentivandone il cittadino all'utilizzo.

CURE ODONTOIATRICHE

L'assistenza odontoiatrica è storicamente uno degli anelli più deboli del servizio sanitario nazionale, nonostante le molteplici, anche gravi, implicazioni di carattere sanitario e sociale. La Regione Lombardia ha sempre dimostrato una maggiore sensibilità verso questo tema. Tale carenza comunque, mina il principio di uguaglianza nel diritto di accesso alle cure in quanto le prestazioni odontoiatriche per oltre il 90% dei casi vengono erogate in regime privato con costi elevati per l'utente dato che l'offerta pubblica è poco presente e i criteri di accesso alle cure molto restrittivi. Tenuto conto della significativa correlazione scientificamente dimostrata tra patologie odontoiatriche e malattie in particolare a carico dell'apparato cardiocircolatorio e digerente, dell'aumentata difficoltà, stante la crisi economica, per la famiglia media lombarda di accedere alle cure odontoiatriche, nonché dell'alto costo intrinseco nelle prestazioni odontoiatriche per cui queste risultano il secondo fattore di indebitamento per le famiglie italiane, si rende necessario porre particolare attenzione:

- all'attività di prevenzione ridefinendo le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA) fornite ai minori di età inferiore ai 16 anni;

- per ridurre i tempi d'attesa per le cure in anestesia generale dei bambini nei primi anni di vita;

- per potenziare le iniziative di prevenzione in ambito scolastico secondo protocolli e indirizzi validati a livello scientifico e in raccordo, tra l'altro, con le associazioni più rappresentative e radicate degli odontoiatri, le Università e gli Enti Locali, secondo le linee di indirizzo definite dalla Regione Lombardia e l'ufficio Scolastico Regionale;

- per creare, in ambito pubblico unità operative dedicate ai pazienti disabili che necessitano di un approccio terapeutico e di prevenzione peculiare durante tutto l'arco della loro esistenza;

- per concordare insieme alle associazioni più rappresentative e radicate degli odontoiatri un tariffario regionale calmierato, valutando anche eventuali forme d'incentivazione nei confronti dei professionisti e delle strutture che si impegnano ad applicarlo;

- per aprire forme di convenzione, anche innovative, con le

strutture accreditate per abbattere i tempi di attesa nelle cure odontoiatriche considerate «primarie», destinate alle fasce economicamente più deboli della popolazione, senza aggravio di costi per il sistema sanitario regionale, fatti salvi gli adempimenti previsti dai LEA;

– per favorire gli interventi domiciliari finalizzati a sostenere, anche attraverso il coinvolgimento di odontoiatri e igienisti dentali volontari, le famiglie dei pazienti in età evolutiva (0-18 anni) sottoposti a trattamenti antitumorali e le associazioni che si adoperano per garantire loro una migliore qualità della vita. Tali interventi devono essere di tipo sia preventivo sia curativo, anche a carattere di urgenza, per far fronte ai numerosi effetti collaterali diretti ed indiretti a livello dell'apparato masticatorio, delle mucose orali e delle ghiandole salivari in conseguenza delle terapie anticancro, chemioterapia, radioterapia del distretto cervico-facciale e protocolli propedeutici al trapianto di midollo osseo nelle emopatie.

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

LA RIABILITAZIONE

Il nuovo Patto per la Salute siglato nel dicembre del 2009 pone le basi per una diversa interpretazione organizzativa delle attività ospedaliere classiche, dedicando una particolare attenzione alla riabilitazione *post-acute* che è prevista nei termini quantitativi di 0,7 posti letto per 1000 abitanti.

Questi indirizzi nazionali trovano corrispondenza in valutazioni effettuate in Regione Lombardia relativamente alla appropriata erogazione delle cosiddette attività riabilitative di elezione che portano a prevedere nei prossimi due anni uno spostamento al domicilio di alcune attività, si pensa soprattutto a quelle erogate a favore di pazienti *post* cardiocirurgici e protesizzati all'anca ed al ginocchio, trasformando posti letto ospedalieri in equivalenti attività erogate a domicilio, in sinergia e raccordo con il sistema delle cure domiciliari che già si occupa di questi pazienti.

L'ACCREDITAMENTO

I requisiti di accreditamento dovranno essere perfezionati facendo tesoro dell'esperienza accumulata nel corso dei programmi di valutazione delle strutture sanitarie svolti in collaborazione con *Joint Commission* e con l'attenzione a favorire dei modelli strutturali ed organizzativi che permettano, da un lato, un utilizzo più flessibile della struttura e delle dotazioni tecnologiche (considerando la possibilità di svolgere in *day surgery* ed in chirurgia ambulatoriale un numero sempre più crescente di attività diagnostiche e terapeutiche di tipo anche complesso) e, dall'altro, una gestione dei percorsi e delle scelte diagnostiche e terapeutiche condivisa ed integrata tra le differenti specialità (vera dipartimentalizzazione).

Si porrà in essere una profonda riforma del sistema accreditamento/contrattualizzazione delle unità di offerta sociali e socio sanitarie, sia con il perfezionamento dei criteri e dei requisiti di accreditamento, sia separando accreditamento da contrattualizzazione. In analogia con il sistema adottato in campo sanitario anche per le unità di offerta socio sanitarie e sociali si intende separare nettamente la qualificazione conseguita attraverso l'accREDITAMENTO dalla possibilità di porre a carico dei fondi regionali le prestazioni erogate.

Si porrà altresì in essere una ridefinizione della materia contrattualistica (contratti di regole e contratti di *budget*).

LA VERIFICA DELLA QUALITÀ DELLE STRUTTURE

Andrà a regime l'obiettivo, definito in termini di contenuti e di metodo nel corso della VIII legislatura, in collaborazione con il Centro di Ricerca Interuniversitario per i Servizi di Pubblica Utilità (CRISP) dell'Università Bicocca di Milano, di valutare complessivamente la qualità e le *performance* delle strutture accreditate con lo scopo di verificarne ogni tre anni il mantenimento dell'opzione di messa a contratto con il SSR. Il contratto con il SSN non va più inteso, quindi, come una resa di posizione illimitata ma come un rapporto con il sistema più responsabile e teso prioritariamente ad ottenere il massimo livello qualitativo delle prestazioni.

CONTROLLI SULLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO SANITARIE

I controlli attualmente in vigore saranno consolidati e verrà dato sempre più spazio al coinvolgimento corresponsabile e propositivo delle società dei professionisti, con l'obiettivo di sviluppare dei modelli condivisi di controlli per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie di maggiore peso.

HTA (HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT)

La valutazione delle tecnologie sanitarie sarà ulteriormente implementata con l'obiettivo di fornire al sistema sempre più elementi di conoscenza relativamente all'utilizzo appropriato ed efficace dei farmaci e delle tecnologie. Non si tratta quindi

di escludere alcuni presidi o di favorire altri, piuttosto di diffondere la cultura dell'appropriatezza.

LA RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E TERRITORIALI

Gli ultimi anni sono stati caratterizzati, oltre che da una crisi economica senza precedenti, da rapide e profonde modificazioni della struttura sociale, da un indebolimento dei valori educativi, da un basso indice di natalità, da un progressivo invecchiamento della popolazione e dalla cronicizzazione delle malattie.

Questi fattori, insieme ad altri, favoriscono da un lato l'aumento di fasce «fragili» di popolazione e dall'altro l'emergere di bisogni più articolati e complessi sia da parte dell'individuo sia della famiglia.

Si rende, perciò, necessario un ripensamento della rete sociale e socio sanitaria che rimetta al centro la persona e la famiglia nella prospettiva di garantire, all'interno di una rete territoriale integrata di servizi sociali e socio sanitari, interventi flessibili che le sostengano in un ruolo attivo di costruzione del proprio percorso di vita. È sempre più necessario, quindi, un approccio sinergico, multidisciplinare, dinamico e olistico nella direzione del «prendersi cura».

Questo compenetra, necessariamente, aspetti di prevenzione, educazione, assistenza, cura, riabilitazione e abilitazione, che implicano la necessità di interrelazione dei servizi e delle prestazioni di carattere sanitario, socio sanitario e sociale in senso lato. Il sistema lombardo presenta enti, organizzazioni, unità d'offerta di qualità, confermate anche da diverse ricerche che segnalano un'elevata soddisfazione degli utenti. Al contempo però vengono evidenziate carenze sulla capacità della rete, nel suo insieme, di prendersi effettivamente in carico le persone e le famiglie, accompagnando ed agevolando o semplificando i percorsi da loro liberamente scelti per soddisfare i bisogni espressi. Risulta determinante, nel «prendersi cura», la possibilità che il cittadino venga adeguatamente informato e accompagnato in tutte le fasi del percorso, evitando «vuoti» assistenziali che si ripercuotono negativamente sul sistema, nel suo insieme, in termini di ricorsi inappropriati ai servizi.

Anche per questa ragione si devono potenziare gli interventi di sollievo e di pronto intervento sociale.

Si tratta quindi prioritariamente di:

– rafforzare la comunicazione e l'integrazione della rete, non solo per unificare o semplificare, ma per migliorarne la connettività, rendere funzionali le relazioni tra i diversi servizi ed enti, istituzionali e non, e gli operatori che vi operano, favorire l'accesso alle prestazioni e l'accompagnamento delle persone e delle famiglie da un nodo della rete all'altro, in un percorso fluido tra sistemi sanitari, socio sanitari e sociali;

– promuovere modalità uniformi di accesso ai servizi e alle unità d'offerta sociale e socio sanitarie, anche attraverso il collegamento e la collaborazione tra i servizi territoriali delle ASL e degli ambiti territoriali, come già previsto dall'articolo 6, comma 4 e dall'articolo 11, comma 2 della l.r. 3/2008;

– promuovere e sostenere le progettualità innovative e la mutualità familiare, non solo per sperimentare nuove modalità gestionali o nuove tipologie di unità d'offerta, ma per valorizzare le reti sociali «naturali» e di prossimità, le comunità locali e l'associazionismo.

Nel percorso di riqualificazione della rete degli interventi e servizi sociali sarà da porre in primo piano:

– il completamento del processo di accreditamento e di contrattualizzazione o convenzionamento delle unità d'offerta sociali già definite dalla Giunta regionale;

– l'individuazione di nuove unità d'offerta sociale volte alla prevenzione dei rischi prettamente sociali, al sostegno e/o all'accoglienza diurna semiresidenziale o residenziale, di singoli o famiglie in situazione di povertà o di disagio sociale, nonché di donne vittime della violenza.

Per quanto concerne la riqualificazione della rete degli interventi e servizi sociosanitari si opererà per:

– procedere allo sviluppo di interventi assistenziali che si collochino nella fase intermedia tra ospedale e territorio, che siano a tutela della continuità dell'assistenza ed in grado di coprire tutte le fasi della *post-acute* e della *lungo assistenza*. Tali interventi che dovranno essere implementati, saranno, di norma, erogati da servizi e strutture individuati tra quelli presenti sul territorio, dovranno essere rivolti a persone che, pur avendo superato la fase acuta e/o sub-acuta di malattia, non sono ancora in grado di rientrare al proprio domicilio per la persistenza di problematiche assistenziali o per la presenza di contesti socio familiari «fragili o inadeguati»;

– sviluppare ulteriormente e qualificare la rete dell'assistenza domiciliare, valorizzando la significativa articolazione delle unità

1° Supplemento Straordinario N. 49 - 7 dicembre 2010

d'offerta di cure domiciliari sociali e socio sanitarie, che ad oggi costituisce un punto di riferimento sicuro per il cittadino, nell'intento di rispondere anche ai bisogni complessi ed articolati in tutte le fasi di intensità assistenziale, per consentire una presa in carico integrata e continuativa, con rispettive e distinte responsabilità e competenze sanitarie, socio sanitarie e sociali parallele o in sequenza operativa di processo;

- diversificare l'offerta residenziale, tenendo presente sia i bisogni socio-sanitari ad elevata complessità clinico-assistenziale (es. SLA e stati vegetativi) sia i bisogni correlati ad una «fragilità» prevalentemente sociale («residenza leggera») per la quale oggi le risposte appaiono ancora insufficienti;
- individuare, inoltre, nuove tipologie di unità di offerta per religiosi/e anziani non autosufficienti.

LE DIPENDENZE

In relazione ai bisogni sanitari, socio sanitari, sociali ed educativi nell'ambito delle dipendenze in generale, con particolare attenzione ai soggetti con comorbidità psichiatrica, ai tossicodipendenti detenuti e ai nuovi bisogni emergenti riguardanti i giovani, si svilupperanno le seguenti azioni prioritarie:

- valorizzazione del patrimonio di esperienze e saperi esistenti sul territorio regionale per la formulazione di piani/programmi regionali che permettano di diffondere le buone pratiche già in uso;
- raccordo con le università, per realizzare un percorso specialistico di qualificazione degli operatori sanitari ed educativi;
- qualificazione dei percorsi residenziali integrandoli maggiormente con il territorio (servizi ambulatoriali, gruppi di auto aiuto e reinserimento) e modulandoli nel tempo (ad esempio percorsi brevi in comunità con forte rete territoriale di supporto);
- sperimentazione di centri di eccellenza non connotati dal punto di vista dello stigma sociale rivolti sia alla popolazione giovanile sia a soggetti che manifestino forme di *addiction* compatibili con un'oggettiva integrazione sociale;
- promozione di patti territoriali tra le diverse istituzioni anche educative e dell'istruzione per favorire e accompagnare percorsi di presa in carico volti ad un reale reinserimento delle persone con problemi di dipendenza;
- coinvolgimento, valorizzazione e sostegno delle realtà associative di aiuto e auto-aiuto e delle famiglie delle persone con dipendenze (alcol, droghe, gioco e *addiction*).

LA FAMIGLIA

Al fine di intervenire sul bisogno della famiglia e fare in modo che la stessa diventi un generatore di servizi nel sistema di *welfare* lombardo, si vuole introdurre, sia con provvedimento legislativo che con provvedimento amministrativo, il «fattore famiglia» come elemento regolatore degli istituti della compartecipazione economica dell'assistito, in particolare nei confronti delle persone non autosufficienti gravi e dei disabili con certificazione di handicap grave, al pagamento delle rette e dell'accesso alle unità di offerta sociali e socio sanitarie. Tale processo terrà conto di interventi regionali volti alla definizione di costi *standard* riguardanti l'erogazione di prestazioni da parte dei soggetti accreditati, nonché dell'introduzione di regole volte ad assicurare trasparenza delle rette e dei fattori che le compongono.

In relazione ai bisogni nuovi ed emergenti, sanitari, socio sanitari, sociali ed educativi che attraversano la famiglia nei suoi diversi momenti di vita e che richiedono anch'essi risposte molteplici e integrate, si svilupperanno le seguenti azioni prioritarie:

- la riforma dei consultori familiari tramite la predisposizione di un provvedimento che preveda, tra l'altro, un ruolo sociale, educativo e di mediazione del consultorio stesso, al fine di sostenere la genitorialità, la coesione familiare e la funzione di aiuto per i familiari più fragili;

- l'emanazione di linee guida operative per garantire un lavoro integrato di rete tra consultori, MMG, AO, comuni, scuole, associazionismo e volontariato;

- l'emanazione di linee guida per la promozione e lo sviluppo di interventi anche innovativi per l'affido e l'adozione. Al fine di valutare l'opportunità di costituire un'Agenzia regionale per le adozioni internazionali, si realizzerà il monitoraggio e la verifica delle attività degli enti autorizzati sul territorio regionale e dei centri di adozione della ASL, con particolare riferimento all'attività di valutazione delle coppie e del loro accompagnamento al pre e al post adozione;

- la promozione di azioni di sistema tra le istituzioni e la rete delle unità di offerta sociali e socio sanitarie per la presa in carico coordinata delle persone affette da malattia di *Alzheimer*;

- favorire la creazione di registri delle assistenti familiari negli ambiti territoriali individuando criteri e competenze essenziali;

- l'emanazione di linee guida per promuovere la prevenzione del disagio e delle devianze atte ad evitare il cronicizzarsi di situazioni patologiche.

DISABILITÀ

In relazione ai bisogni sanitari, socio sanitari, sociali ed educativi della famiglia nell'ambito della disabilità in generale, in considerazione pure dell'aumento del numero di richieste di intervento di persone con gravi disabilità acquisite in età adulta a seguito di traumi o di gravi patologie ad evoluzione degenerativa, si svilupperanno le seguenti azioni prioritarie:

- favorire la permanenza della persona con disabilità nel proprio ambiente di vita, anche promuovendo sperimentazioni di unità d'offerta innovative per la vita autonoma ed indipendente, servizi di pronto intervento e servizi di sollievo;

- elaborare, come recentemente previsto dalla d.c.r. n. IX/55 del 28 settembre 2010, uno specifico piano di intervento attraverso un metodo di rilevazione comune tra gli attori pubblici della popolazione con disabilità, in particolare sul versante epidemiologico, al fine di potenziare una rete dei servizi altamente flessibili e adeguati ai bisogni emergenti delle persone con disabilità e dei loro familiari;

- sul versante della scuola e del diritto all'istruzione, ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 «Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate» e di altre normative di settore, comuni, province, scuole dell'autonomia, ASL e AO dovranno adottare specifici Accordi di programma per fornire allo studente con disabilità la normale frequenza alle lezioni, garantendo sussidi tecnici e didattici specifici, nonché appositi servizi di sostegno e di tutorato. Eguali misure dovranno essere adottate, ai sensi della legge 28 gennaio 1999, n. 17, nei confronti degli studenti con handicap iscritti alle università lombarde;

- sul versante del lavoro e della formazione professionale, come recentemente previsto d.c.r. n. IX/53 del 28 settembre 2010, si realizzeranno interventi di formazione, anche a distanza, per favorire il successo formativo e l'inserimento stabile nel mercato del lavoro dei lavoratori con disabilità e si promuoverà la responsabilità delle imprese per garantire la qualità, la sicurezza e la regolarità delle condizioni di lavoro.