

# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

DELIBERAZIONE N° IX / 000165 Seduta del 30 GIU 2010

---

Presidente **ROBERTO FORMIGONI**

Assessori regionali

ANDREA GIBELLI Vice Presidente	GIULIO DE CAPITANI
DANIELE BELOTTI	ROMANO LA RUSSA
GIULIO BOSCAGLI	CARLO MACCARI
LUCIANO BRESCIANI	STEFANO MAULLU
MASSIMO BUSCEMI	MARCELLO RAIMONDI
RAFFAELE CATTANEO	MONICA RIZZI
ROMANO COLOZZI	GIOVANNI ROSSONI
ALESSANDRO COLUCCI	DOMENICO ZAMBETTI

Con l'assistenza del Segretario *Marco Pilloni*

Su proposta del Presidente **Roberto Formigoni** di concerto con gli Assessori Bresciani e Boscagli

Oggetto

PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE DELLA IX LEGISLATURA: APPROVAZIONE DELLA PROPOSTA DA INVIARE AL CONSIGLIO REGIONALE (DI CONCERTO CON GLI ASSESSORI BRESCIANI E BOSCAGLI)

I Dirigenti Sabrina Sammuri

Filomena Longato

Caterina Perazzo

I Direttori Generali Carlo Lucchina

Roberto Albionetti

Il Segretario Generale Nicolò Maria Sanese  
L'atto si compone di 39 pagine

Il Direttore Centrale Danilo Maiocchi

di cui 36 pagine di allegati,

parte integrante



## Regione Lombardia

LA GIUNTA

---

### VISTI

- il D.Lgs. 502/92 e s.m.i., ed in particolare l'art. 2 relativo alle competenze regionali in materia sanitaria;
- il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 di cui al DPR 7 aprile 2006;
- gli atti preparatori per la definizione del nuovo Piano Sanitario Nazionale 2010-2012.

**RICHIAMATA** la l.r. 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;

### VISTE:

- la d.c.r. del 26 ottobre 2006 n. 257, avente ad oggetto l'approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009;
- le regole di sistema per la gestione del servizio socio sanitario regionale;
- la D.G.R. VIII/11086 del 27 gennaio 2010 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 l'allegato documento di programmazione, ai sensi del citato art. 3, comma 2 della l.r. 33/2009, ha durata quinquennale e può essere aggiornato annualmente con il documento di programmazione economico-finanziaria regionale (DPEFR);

**VISTA** la proposta di Piano Socio Sanitario Regionale predisposta dalle Direzioni Generali Sanità e Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, allegato 1 quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, redatta a seguito di una metodologia di lavoro concordata e condivisa attraverso consultazioni interdirezionali e con il coinvolgimento di interlocutori esterni appartenenti al settore socio sanitario;

**DATO ATTO** altresì che tale proposta è stata illustrata alla Consulta della Sanità - costituita con decreto del Presidente della Giunta regionale n. 12939 del 12 novembre 2008 - in data 29 giugno 2010;





**Regione Lombardia**  
LA GIUNTA

---

**RILEVATA** la necessità di provvedere all'invio della presente proposta al Consiglio regionale, ai sensi dell'art. 3 della l.r. 33/2009;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge

**DELIBERA**

Per le motivazioni espresse in narrativa al presente provvedimento e che si intendono qui integralmente riportate:

1. **di approvare** la proposta di Piano Socio Sanitario Regionale della IX Legislatura, allegato 1, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. **di stabilire** che per la realizzazione degli obiettivi delineati nel presente piano verrà destinata una quota percentuale da definirsi annualmente con la deliberazione di Giunta che stabilisce gli indirizzi di gestione del servizio socio sanitario regionale e all'interno del monte risorse complessivo disponibile nell'arco temporale di vigenza del piano stesso;
3. **di inviare** la presente proposta al Consiglio regionale.



IL SEGRETARIO

*Marta Pilloni*



**ALLEGATO 1**

Alla D.G.R N. 165... del 30 GIU 2010

**PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE  
DELLA IX LEGISLATURA**



## Sommario

INTRODUZIONE.....	2
SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E NORMATIVA.....	3
REVISIONE ASSETTI ORGANIZZATIVI.....	5
SISTEMA DEI CONTROLLI – QUALITA' ED EFFICACIA.....	6
Codice etico-comportamentale.....	6
SISTEMA INFORMATIVO SOCIO-SANITARIO DELLA LOMBARDIA.....	7
Ulteriori servizi al cittadino.....	9
POLITICHE DEL PERSONALE – PROFESSIONALITA'.....	9
Formazione.....	11
Giovani specializzandi e specializzati.....	11
PREVENZIONE E PROMOZIONE DEL BEN-ESSERE.....	12
Promuovere il ben-essere.....	13
La prevenzione in ambito Sanitario e socio sanitario.....	14
Responsabilità nelle scelte individuali.....	15
Verifica di risultati.....	17
SANITA' PUBBLICA VETERINARIA.....	17
Il contesto.....	18
Linee strategiche in ambito veterinario.....	18
PROGRAMMAZIONE SANITARIA, RETI DI PATOLOGIA E PIANI DI SVILUPPO.....	19
Reti di patologia.....	19
Rete delle malattie rare.....	20
Rete oncologica lombarda (ROL).....	20
Rete trasfusionale.....	21
Reti di patologia attivate di recente in forma sperimentale.....	21
Piani di sviluppo.....	22
Telemedicina.....	22
Integrazione tra ospedale e territorio.....	22
Assistenza ospedaliera per intensità di cura e funzioni.....	23
Rete HPH e medicina complementare.....	24
Ricerca.....	24
Trapianti.....	25
Relazioni internazionali.....	25
Comunicazione.....	26



La rete ospedaliera .....	27
Logistica ospedaliera : area farmaci, dispositivi e altri materiali .....	28
Miglioramento degli indicatori economico finanziari e/o di servizio delle aziende sanitarie .....	28
<b>PRESTAZIONI E SERVIZI SANITARI .....</b>	<b>29</b>
Il contesto .....	29
Assistenza territoriale .....	30
Il Medico di Medicina Generale .....	30
Le strutture di degenza sub acuta / post – acuta .....	31
Psichiatria e Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza .....	31
Le farmacie territoriali .....	32
L'assistenza ospedaliera .....	32
La Riabilitazione .....	33
L'accreditamento .....	33
La verifica della qualità delle strutture .....	33
Controlli sulle attività sanitarie e sociosanitarie .....	34
HTA (Health Technology Assessment) .....	34
<b>L'ASSISTENZA SOCIOSANITARIA TERRITORIALE .....</b>	<b>34</b>
Le dipendenze .....	34
La famiglia .....	34



## INTRODUZIONE

Il piano socio-sanitario Regionale, 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.

## SEMPLIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E NORMATIVA

In questi anni è maturata una crescente esigenza di semplificazione normativa e amministrativa volta 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 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 con l'approvazione della legge regionale 12 marzo 2008 n. 3 nella scorsa legislatura, 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 sociosanitari, 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, Aziende Ospedaliere e Fondazioni IRCCS di diritto pubblico ai sensi delle vigenti disposizioni nazionali e regionali e riforma, nell'ottica dell'efficacia, dei controlli in ambito sociale e sociosanitario;

- Sviluppo e semplificazione 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 sburocraziazione degli **accessi alle strutture sanitarie** anche attraverso il Sistema Informativo Socio-Sanitario Regionale – SISS (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 riceverà in tempo reale gli esiti di un esame clinico relativo ad un proprio assistito ai fini operativi e di aggiornamento della "storia clinica"; la riduzione delle liste e dei tempi di attesa attraverso l'eliminazione di errori o doppie prenotazioni da parte degli operatori del sistema.
- Semplificazione del percorso di accertamento sanitario dell'invalidità civile e dell'handicap di competenza delle Aziende Sanitarie Locali, 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 della VIII Legislatura regionale (ora confluita nel Testo Unico Sanità l.r. 33/2009), che ha abolito certificati e atti amministrativi, in coerenza con le normative europee e con le valutazioni di efficacia, si proseguirà nei Servizi di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali 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 sociosanitario 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 sociosanitarie 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 Aziende Sanitarie Locali, 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 delle Regione, mediante il trasferimento delle relative competenze alle ASL (es. impianti di deposito e trattamento dei sottoprodotti di origine animale – riproduzione animale);
  - aggiornamento e de materializzazione 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 del 7 luglio 2008, n. 20 a seguito della riforma dei comparti di contrattazione nazionale, prevedendo nella dotazione organica posizioni dirigenziali di dirigente professionista al fine di valorizzare le figure mediche, veterinarie e sanitarie.
- Riorganizzazione delle Aziende Sanitarie Locali, 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 n. VIII/011086 del 27 gennaio 2010,
- 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 – QUALITA' 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 ed alle linee di sistema dovrà attenersi anche la riforma dei controlli in ambito sociale e sociosanitario, 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 non profit (fondazioni, società e cooperative, etc..).

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 sociosanitario.

### 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, 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 d.g.r. n. VIII/3776 del 13 dicembre 2006 e successiva circolare della DG 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 Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere"*.

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. n. VIII/5743 del 31 ottobre 2007).



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 n. VIII/8501 del 26 novembre 2008).

I modelli organizzativi e i codici comportamentali saranno estesi, nel corso della IX Legislatura, alle Aziende di Servizi alla Persona (ASP) e ai soggetti gestori delle RSA di maggior rilievo.

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**

Il SISS è oggi l'insieme delle applicazioni e delle infrastrutture informatiche presenti sul territorio (sistemi informativi di farmacie, medici, pediatri, ospedali, aziende sanitarie, ..) 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 informatica 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 Regione Lombardia ha sviluppato i nuovi servizi sanitari, e basandosi normativamente sull'obbligatorietà per gli operatori socio-sanitari lombardi di utilizzare i servizi SISS per realizzare il Fascicolo Sanitario Elettronico, 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, pubblicazione referti);
  - ✓ residenze sanitarie per Anziani (RSA) collegate al SISS;
  - ✓ formazione continua agli operatori sull'evoluzione dei servizi SISS.
  
- Lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico 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 MMG, evoluzione dei sistemi delle reti



- di patologia e dei piani diagnostici terapeutici, integrazione con i sistemi emergenza/urgenza, sviluppo telemedicina e telesoccorso);
- ✓ 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:
- ✓ coordinando sul fronte delle aziende sanitarie lo sviluppo di tutti i loro sistemi informativi;
  - ✓ riorganizzando sul fronte interno i flussi informativi ed il loro monitoraggio con adeguati strumenti di supporto;
  - ✓ introducendo le nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione, attraverso tutti i possibili canali, a partire dalla TV digitale, per una rete dei servizi in teleassistenza.
- 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, Medici Medicina Generale 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, per permettere la corretta lettura ed 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/accoglienza, con un ampliamento progressivo delle agende relative all'offerta di prestazioni prenotabili, fino al raggiungimento del 70%.

#### Ulteriori servizi al cittadino

- a) Pagamenti di ticket sanitari mediante il SISS
  - b) Sistemi per la rendicontazione fiscale delle spese sanitarie, anche quelle sostenute nell'ambito delle unità d'offerta socio sanitarie
  - c) Gestione elettronica dei certificati sanitari
  - d) Semplificazione del sistema delle esenzioni
  - e) Un unico accesso *on line* per scelta del pediatra, iscrizione all'anagrafe, 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, rendicontazione fiscale, ...);
  - ✓ si introducono elementi profondamente innovativi nel governo della sanità e nell'erogazione dei servizi sanitari.

#### **POLITICHE DEL PERSONALE – PROFESSIONALITA'**

L'VIII Legislatura è stata caratterizzata da un particolare impegno per accrescere l'efficienza del Sistema Sanitario e Socio Sanitario Regionale.

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 sociosanitarie.

Le "politiche" in tal senso dovranno cessare di essere considerate "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 (ved. cd. "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 da 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 servizio sanitario regionale;
- valorizzazione del ruolo dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali 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 anche le cure ai pazienti cronici e in assistenza post-acuta, mediante protocolli terapeutici condivisi;

- 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;
- revisione ed armonizzazione dei sistemi di valutazione delle *performance* degli enti del servizio sanitario e socio sanitario regionale in attuazione del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n.150;
- 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 sociosanitari in relazione ai bisogni emergenti della popolazione rilevati attraverso il contributo degli osservatori;
- valorizzazione del personale operante nelle unità d'offerta sociosanitarie 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, una comprensione adeguata dei loro bisogni e risposte personalizzate in una prospettiva transculturale.



## 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 sanitari, 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, potrà avviare interventi specifici e di aggiornamento professionale dei Medici di Medicina Generale;
- 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 e di Sviluppo Professionale Continuo. Verranno rafforzate le competenze di capacità relazionale e di comunicazione degli operatori, soprattutto in situazioni eticamente ed emotivamente difficili e per gestire in maniera ottimale gli accessi al Pronto Soccorso e per far fronte a domande di intervento sociosanitario 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, disabili) superando la frammentarietà delle risposte.

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 Specialista, 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 5 e possibilmente a 10 anni per ciascuna specialità, per ogni tipo di struttura 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 servizio sanitario regionale;
- valorizzazione del ruolo e della professionalità dei giovani specializzandi e specializzati tenendo conto delle discipline, secondo il fabbisogno.

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 Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) perché assegni alla Regione Lombardia il necessario numero di contratti per i medici in formazione specialistica.

Sarà ulteriormente favorita la possibilità per le aziende ospedaliere di stipulare, in collaborazione con le università, dei contratti di formazione specialistica. Questo maggiore coinvolgimento delle aziende ospedaliere 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.

Saranno, altresì, individuati percorsi che permettano l'inserimento dei 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 BEN-ESSERE**



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 sociosanitarie, 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 ben-essere, emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale che consenta alla persona di raggiungere e mantenere il potenziale personale nella famiglia, nella società, 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 cittadini, che può scaturire solo dall'integrazione tra il livello normativo, programmatorio 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 sociosanitario, presenti in un sistema complesso quale è quello odierno, con conseguente possibile misurazione del guadagno di salute in senso olistico.

### **Promuovere il ben-essere**

Promuovere il ben-essere 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 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 Diffusa 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;
- diffusione di programmi preventivi validati e buone prassi già in atto a livello territoriale;
- attivazione di punti informativi/di ascolto nei luoghi aggregativi/educativi;



## **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 materno infantili, consultori e PLS, centri aiuto alla vita, servizi sociali, ..);
- 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;
- 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 ploidipendenza.

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.

E' 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.

E' 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 continua.

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'ARPA, le Province e i Comuni, l'INPS e l'INAIL;

- spostare l'attenzione dai soli requisiti strutturali ai requisiti di funzionamento; in particolare sarà necessario riconoscere la responsabilità e quindi verificare organizzazione e 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, evidenzi 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.

E' cioè 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, decisori.

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 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.

E' 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.

**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, 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, alla prevenzione degli incidenti domestici.

Esistono azioni che possono provocare danni alle comunità oltreché a se stessi, ed altre azioni che possono produrre un beneficio a vantaggio della collettività. E' 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:

- mantenere i livelli di copertura vaccinale raggiunti;
- 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, nei rapporti sessuali e nelle scelte procreative, in coerenza con il PSN vigente; promuoverne il coinvolgimento nei piani di educazione alla salute da realizzare in collaborazione con la scuola in attuazione del PNP 2010 2012;
- 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 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 promuove l'attività motoria;
- attuare accordi con associazioni di categoria per favorire scelte salutari in campo alimentare (es: accordi con panificatori, con grande distribuzione, con settore della distribuzione automatica..).

### **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 65 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 nella popolazione giovane-adulta;
- 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.
- aumento del tasso di natalità
- riduzione del rapporto di abortività
- riduzione del numero di episodi di violenza e abuso sessuale

### **SANITA' 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, 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, rivestono un ruolo importante nel settore della sicurezza alimentare, così come previsto dalle stesse norme comunitarie.

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 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 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 Dipartimenti di Prevenzione Veterinari al fine della verifica dell'attuazione delle indicazioni regionali;
- un maggior coordinamento della collaborazione con l'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'Unione europea 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 "filieri" 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 l'Istituto Zooprofilattico;
- 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.

## **PROGRAMMAZIONE SANITARIA, RETI DI PATOLOGIA E PIANI DI SVILUPPO**

### **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 la valorizzazione dei centri di riferimento regionali e il sostegno alla ricerca. Il governo delle reti deve prevedere la possibilità di una precisa e puntuale raccolta dei dati, attraverso archivi integrati con il SISS, ed un successiva elaborazione di indicatori che consentano il benchmarking tra strutture e l'elaborazione di strategie di programmazione.

### **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 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. E' 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'appropriatezza clinica in ambito trasfusionale con l'adozione di riscontrabili, specifici e condivisibili indicatori di output e di outcome.

### **Reti di patologia attivate di recente in forma sperimentale**

La rete ematologia (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 mortalità 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.

### **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 completamento 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 sviluppino, in logica di network, altre strutture, per servizi e progetti industriali del mondo farmaceutico, biomedicale e biotech, per lo sviluppo tecnologico regionale.

### **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 (per anziani e disabili), 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 sociosanitario.

### **Integrazione tra ospedale e territorio**



In un contesto di territorio modellato sulle reti di patologia i principali punti di raccordo della rete saranno i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (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. 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, low care hospital 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 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. 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'ammodernamento 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 (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'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 comprendono 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.

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, enti e fondazioni del sistema regionale.

## **Trapianti**

La medicina dei trapianti ha, in Lombardia, aree di assoluta eccellenza, rappresentate dai Centri trapianti presenti sul territorio lombardo (21 centri trapianti, in 4 Aziende ospedaliere e 4 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, 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.

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.

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.

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 sociosanitarie e sociali di eccellenza lombarde e strutture sociosanitarie 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 (NY) 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 6-14 anni. Il suo adattamento al contesto italiano/lombardo porrà la Lombardia nelle condizioni di mettere a disposizione il programma a livello nazionale e rappresenta 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, diffondere la cultura della valutazione dei programmi stessi.

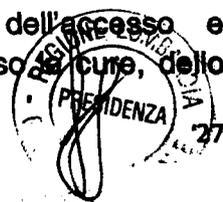
**Comunicazione**



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 Sistema Sanitario Regionale 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 1° e 2° grado di complessità e l'erogazione di servizi post-acuzie intermedi fra l'ospedale e il domicilio (per es. low care hospital). 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. 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, 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 nuovi sedi dell' Istituto Nazionale Neurologico "Carlo Besta" e dell' Istituto Nazionale dei Tumori in un'area adiacente alla Azienda Ospedaliera Sacco.

### **Logistica ospedaliera : area farmaci, dispositivi e altri materiali**

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 aziende ospedaliere" 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 efficientamento.

### **Proposte di programmazione**

Quale esito delle ricerche 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'art. 1 che: "Al fine del rispetto degli obblighi assunti in sede comunitaria dall'Italia ~~confermare~~



*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 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 da 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 servizio 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 Sistema sanitario regionale 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. E' 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 medico di medicina generale 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 6 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 Medici di Medicina Generale. 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.



### **Le strutture di degenza sub acuta / post – acuta**

Sono stati avviati progetti sperimentali finalizzati all'attivazione di strutture di cure intermedie e di low care 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;
- 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.
- sviluppare il tema della cronicità psichiatrica in età anziana.

Nell'ambito della **neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza** è necessario effettuare una mappatura dei servizi sanitari, sociosanitari 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 dipendenza da sostanze e di patologia mentale, che richiedono sempre più di potenziare e meglio qualificare 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 decreto legislativo 153/2009 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.

### 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-acuta 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 2 anni uno spostamento al domicilio di alcune attività, si pensa soprattutto a quelle erogate a favore di pazienti post-cardiochirurgici 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 sociosanitarie, 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 sociosanitarie 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 CRISP (**centro di ricerca interuniversitario per i servizi di pubblica utilità**) 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 servizio sanitario regionale. 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 sociosanitarie**

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 Tecnology 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 favorirne altri, piuttosto di diffondere la cultura dell' appropriatezza.

## **L'ASSISTENZA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE**

### **Le dipendenze**

#### **Azioni prioritarie**

- valorizzazione del patrimonio di esperienze 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, 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 alla popolazione più giovane
- 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

### **La famiglia**



In relazione ai bisogni nuovi ed emergenti, sanitari, sociosanitari, 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 che sviluppi, accanto alle funzioni sociosanitarie già proprie, un ruolo sociale ed educativo 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, medici di medicina generale, aziende ospedaliere, 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.

