



Regione
Lombardia

PIANO SOCIOSANITARIO
INTEGRATO LOMBARDO
2019-2023

Art.4 Legge Regionale 33/2009

Sommario

INTRODUZIONE	2
PSL, PRS XI LEGISLATURA E L.R. 33/2009	3
EVOLUZIONE NORMATIVA	4
CONTESTO DEMOGRAFICO E EVOLUZIONE DEI CONSUMI.....	5
PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	14
MEDICINA LEGALE	16
CONSULTORI FAMILIARI.....	17
CURE PRIMARIE.....	19
DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA.....	20
PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO.....	22
RETE SOCIOSANITARIA.....	29
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	33
SANITA' PENITENZIARIA.....	37
RETE OSPEDALIERA.....	38
RETI CLINICO ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVE.....	40
GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA	43
ASSISTENZA FARMACEUTICA	44
SANITA' PUBBLICA VETERINARIA.....	46
FORMAZIONE	47
COMUNICAZIONE.....	48
ASSOCIAZIONISMO, VOLONTARIATO E TERZO SETTORE	49
MEDICINA DI GENERE	49
RICERCA.....	50
INVESTIMENTI.....	50
CODICE ETICO COMPORTAMENTALE.....	51
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	52
IL SISTEMA DEI CONTROLLI.....	52
POLITICHE DEL PERSONALE	53
SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO E SANITÀ DIGITALE.....	54

INTRODUZIONE

Il presente Piano Socio-Sanitario integrato Lombardo (PSL) previsto dall'art. 4 della Legge regionale 33/2009 quale strumento unico e integrato di programmazione coordinata del SSL, si prefigge di raggiungere l'attenzione di tutti i responsabili e gli operatori del sistema e i cittadini che ogni giorno utilizzano la rete di offerta dei servizi.

Le priorità che questo nuovo Piano intende indicare sono le seguenti:

- investire sulle relazioni di cura dando centralità alla dimensione *fiduciaria*, indispensabile premessa per la qualificazione del sistema istituzionale, sia nell'interazione tra professionista e azienda che negli scambi tra cittadino e offerta. Il sapere mediatico ha fatto perdere *autorevolezza* alle organizzazioni scientifiche. Le informazioni pseudoscientifiche e l'autoproduzione di diagnosi pongono il sistema istituzionale di fronte ad una nuova sfida che richiede la costruzione di un mutato rapporto fiduciario ancorato all'appropriatezza, alla capacità di ascolto nella relazione di cura e di governo dell'offerta. È indispensabile un serio investimento nel "sapere comunicativo" che fonda le relazioni di cura;
- sviluppare e potenziare soluzioni organizzative basate sui *processi trasversali di cura* come ha, utilmente, indicato la legge n. 23/2015. La maturata consapevolezza della complessità dei bisogni di salute e di assistenza, stante, anche, l'invecchiamento della popolazione, richiede un impegno deciso verso l'attivazione di servizi rinnovati da paradigmi più capaci d'interazione collaborativa e interconnessi nella rete dell'offerta. Il welfare regionale deve essere meno settoriale;
- i processi d'integrazione dovranno coinvolgere la rete d'offerta pubblica e quella privata in un dialogo capace di esprimere nuove *sperimentazioni gestionali*. Regione Lombardia sosterrà specifiche iniziative territoriali finalizzate a ricomporre l'offerta al fine di prefigurare soluzioni che facilitino l'accesso ai servizi e diminuiscano le attese;
- potenziare e ricomporre la filiera dei servizi domiciliari e territoriali sanitari, sociosanitari e socioassistenziali, per garantire ai cittadini lombardi e alle loro famiglie la presa in cura integrata presso il proprio domicilio. Nuovo impulso servirà per migliorare gli interventi ed i servizi di Primary Care.
- supportare la famiglia e i suoi componenti in condizione di fragilità e vulnerabilità sociale al fine di garantire una presa in carico complessiva anche attraverso l'individuazione di un pacchetto di prestazioni flessibili e personalizzate.

PSL, PRS XI LEGISLATURA E L.R. 33/2009

Il presente Piano declina le linee di indirizzo del Programma regionale di sviluppo della XI Legislatura (di seguito PRS), approvato con Deliberazione del Consiglio regionale 10 luglio 2018 - n. XI/64. Il PRS rispecchia le priorità indicate nel programma di governo, tracciando la visione strategica dell'azione regionale. Le dimensioni sanitaria e sociosanitaria assumono un rilievo di primaria importanza fra le linee strategiche del PRS e vengono declinate nella Missione 13 "Tutela della Salute", con l'esplicitazione di risultati attesi e indicatori in coerenza con le disponibilità di risorse a livello di Sistema.

Il PRS prevede esplicitamente:

- l'attuazione della riforma del sistema socio-sanitario avviata nella X legislatura, attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori istituzionali e sociali e del sistema;
- la presentazione, approvazione e realizzazione del Piano socio-sanitario regionale, previo confronto con i principali attori sul territorio, in ottemperanza a normativa nazionale (decreto legislativo 502/1992) e a normativa regionale (legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33), quale principale strumento di governo della sanità sul territorio, che garantisce per sua natura e iter il massimo di discussione democratica nelle commissioni e nell'aula consiliare.

Nel prosieguo del presente Piano vengono integrati i capisaldi della strategia del PRS in materia sanitaria e sociosanitaria.

Gli obiettivi e risultati strategici del PRS vengono sviluppati in una logica di pianificazione di alto livello ed ampio respiro, demandando alla programmazione annuale delle DGR annuali delle Regole la formulazione degli interventi da porre in essere da parte degli attori del Sistema.

Gli indicatori del PRS, strumenti per il controllo e la valutazione dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità, dell'appropriatezza e dell'economicità delle prestazioni e dei servizi erogati vengono approfonditi e dettagliati nelle varie aree nelle sezioni monitoraggio e valutazione. Questi indicatori sono coerenti con il disposto della L.R. 33/2009 art. 4 c.1 l.c).

La Direzione Generale Welfare provvede alla negoziazione annuale degli obiettivi con le ATS, le ASST, AREU e gli IRCCS, mediante la condivisione del contesto epidemiologico e la definizione della programmazione sanitaria e sociosanitaria in funzione dei bisogni emergenti degli assistiti e del soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza. In tale sede vengono definiti, laddove necessario in funzione dell'attuazione delle strategie regionali, indicatori per la determinazione di volumi di attività attesi (rif. L.R. 33/2009 Art.4 c.1 l.b), con attenzione alla coerente finalizzazione delle risorse mediante obiettivi inerenti i costi di gestione.

Le ATS, nella definizione dei contratti con gli erogatori pubblici e privati accreditati prevedono ulteriori indicatori coerenti con l'impianto programmatico di cui sopra.

La L.R. 33/2009 all' Art. 27 comma 2 prevede che, nella stesura dei PSL di cui all'articolo 4, la Giunta regionale introduca tariffe differenziate dei DRG, attraverso la regolamentazione di un meccanismo premiante e penalizzante sui rimborsi, in base ad indicatori che misurino la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni, oltreché il governo dei tempi d'attesa e gli esiti di salute. Tale meccanismo può essere applicato anche in funzione della complessità delle strutture erogatrici, pubbliche e private, identificate in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri vigente.

Tale disposto risulta nei fatti superato dalle modifiche intervenute al D.Lgs. 502/1992, che nel testo vigente prevede all'art. 8 sexies l'abrogazione del Decreto Ministeriale 15 aprile 1994 "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera" che prevedeva all'art. 3 la determinazione di tariffe delle prestazioni in capo a regioni e province autonome. Inoltre il Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012 "Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica

ambulatoriale” prevede che le regioni possano riconoscere livelli tariffari inferiori ai massimi nazionali per le classi di erogatori che presentano caratteristiche organizzative e di attività di minore complessità. Quindi l'introduzione di tariffe differenziate da parte delle regioni rimane esclusivamente possibile in caso di penalizzazione, peraltro determinate in ragione di caratteristiche organizzative e di attività verificate in sede di accreditamento istituzionale e non dei sopracitate criteri previsti dalla L.R. 33/2009. Regione Lombardia attua il disposto della L.R. 33/2009 in tema di premialità e penalità in funzione delle performance compatibilmente con la normativa nazionale, modulando le risorse per le attività di ricovero e cura destinate ai soggetti erogatori contrattualizzati sulla base del posizionamento che le strutture conseguono nella valutazione delle performance in misura variabili (rif. DGR XI / 1046 17/12/2018).

EVOLUZIONE NORMATIVA

La L.R. 23/2015 ha modificato profondamente l'assetto del sistema sociosanitario lombardo. Principio cardine della norma è l'istituzione di un sistema sanitario e sociosanitario integrato guidato dall'Assessorato Unico al Welfare.

Il nuovo assetto organizzativo tende a concretizzare alcuni indirizzi fondamentali:

- la continuità dei percorsi di cura dal territorio all'ospedale e dall'ospedale al territorio;
- l'integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari;
- la centralità delle cure territoriali al fine di assicurare l'assistenza nel proprio ambiente di vita;
- la presa in carico dei pazienti cronici, polipatologici, fragili e dei disabili al fine di ricomporre le risposte ai bisogni espressi, per ritardare le condizioni di non autosufficienza e la istituzionalizzazione;
- la differenziazione tra il ruolo di governance regionale, la funzione di attuazione della programmazione regionale da parte delle Agenzie Territoriali per la Salute e le funzioni erogative, ospedaliere e territoriali, delle ASST e dei soggetti privati e accreditati, in un'armonica cooperazione tra gli stessi;
- la centralità della persona, intesa come libertà di scelta e corresponsabilità nei percorsi di cura;
- il ruolo delle cure primarie, snodo centrale del sistema per la sua funzione di promozione della salute, di diagnosi precoce, di cura delle acuzie e di assistenza al paziente cronico;
- il ruolo della comunità, delle associazioni dei pazienti e del terzo settore.

I successivi provvedimenti legislativi hanno ribadito i principi della legge di riforma, puntualizzando in particolare le modalità di attuazione della presa in carico dei pazienti cronici.

Nel triennio 2016-2018 si è dato progressivo avvio all'attuazione della riforma, che dovrà essere portata a compimento nel prossimo quinquennio.

In questo contesto il Piano sociosanitario integrato lombardo, come previsto dall'art.4 della Legge Regionale 33/2009, assume un ruolo centrale di programmazione coordinata del SSL.

CONTESTO DEMOGRAFICO E EVOLUZIONE DEI CONSUMI

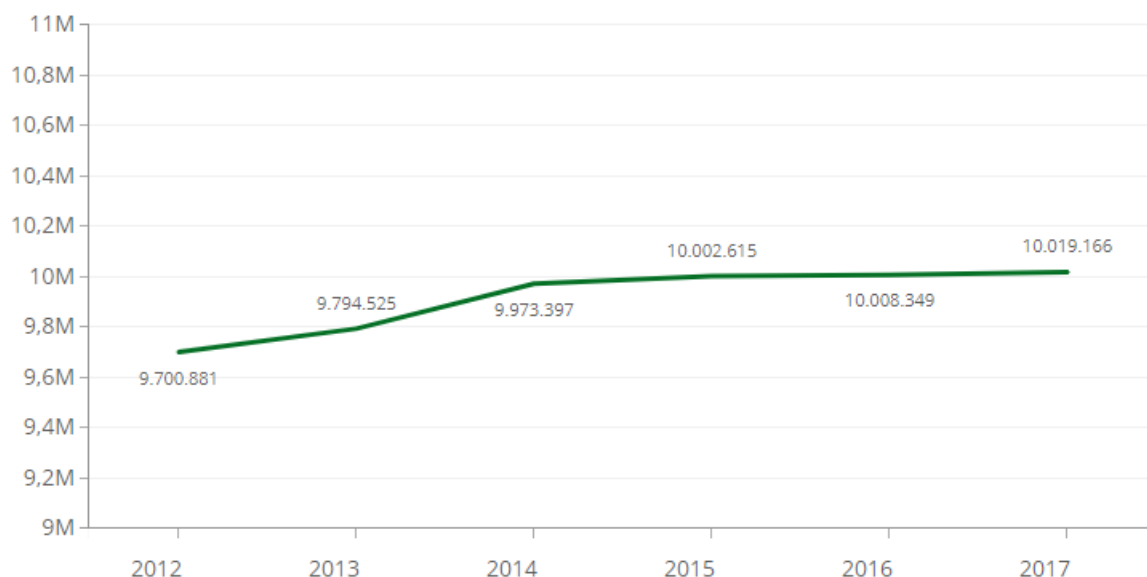
Il presente paragrafo rappresenta il quadro previsionale dei bisogni della popolazione (LR 33/2009 art.4 c1 l.a).

La popolazione lombarda negli ultimi anni è cresciuta, anche se di poco, a causa di un saldo migratorio positivo. Continua ad essere negativo, come a livello nazionale, il saldo naturale, ossia il bilancio tra morti e nati, in parte per un eccesso di mortalità peculiare del 2015, ma anche per un indice di fecondità basso da anni. L'invecchiamento, simile a quello italiano, cresce e contestualmente cresce il carico assistenziale. L'aumento di soggetti anziani e fragili rende inevitabile la sfida di realizzare una maggiore presa in carico a livello territoriale, nonché di una sempre maggiore integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e assistenziali. Anche l'indice di dipendenza è simile a quello nazionale, e mostra che per ogni 2 adulti in potenziale età lavorativa è presente un anziano o un bambino da seguire.

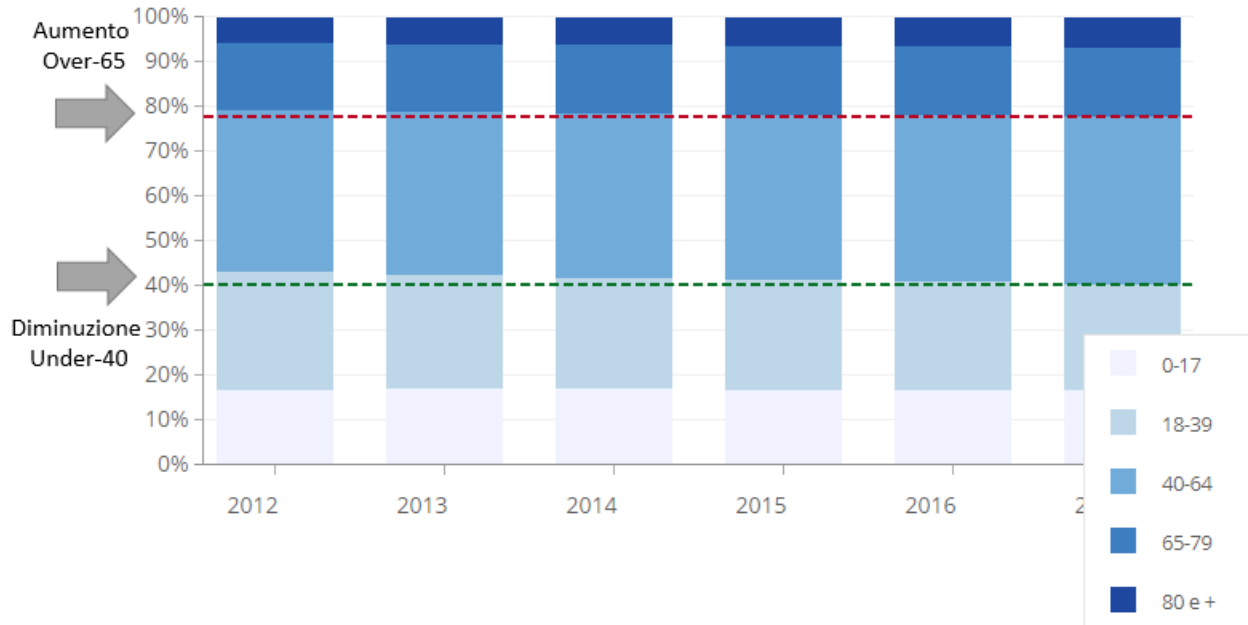
Riguardo alla distribuzione territoriale per ATS, l'invecchiamento è più alto nelle aree meridionali (ATS di Pavia e della Val Padana) e meno accentuata nella parte est della regione (ATS di Bergamo e Brescia). Questo indice va considerato nella distribuzione delle risorse, tenuto conto del diverso impatto di malattie e di pazienti cronici. Anche la mortalità grezza segue la medesima distribuzione dell'invecchiamento, mentre la natalità è viceversa più alta nelle ATS di Bergamo e Brescia e più bassa in quelle di Pavia e della Val Padana: per quest'ultimo indicatore, tuttavia, la differenza tra valore massimo e minimo è di circa 1 per 1.000.

La conoscenza della struttura demografica della popolazione per età e genere rappresenta il punto di partenza per la comprensione dei principali bisogni di salute, che si differenziano a seconda delle fasi di vita delle persone.

Una prima evidenza è costituita dal fatto che la popolazione residente è in aumento.



Nella suddivisione nelle diverse fasce d'età, oltre l'aumento degli over 65, si nota una diminuzione degli under 40.



Indici di vecchiaia / di dipendenza

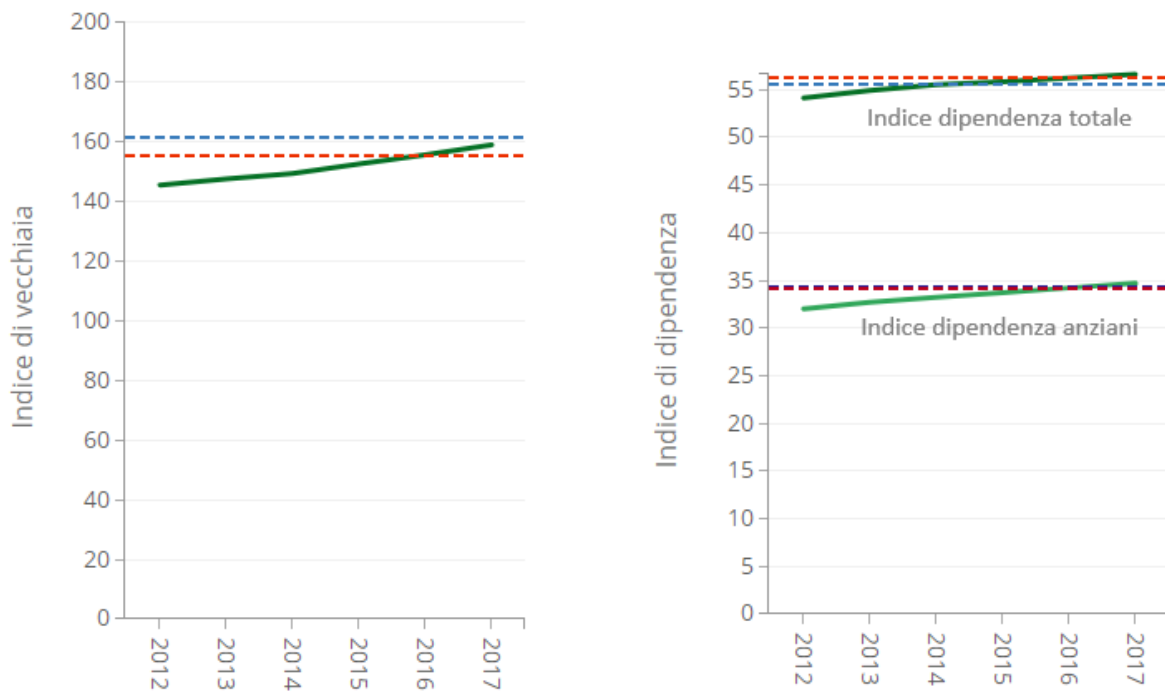


Figura 1 - Trend Indici di vecchiaia/di dipendenza

Leggendo gli indicatori relativi all'indice di vecchiaia e quelli di dipendenza strutturale risulta evidente come la quota dei giovani sul totale della popolazione sia molto contenuta, mentre il peso assoluto e relativo della popolazione anziana si fa via via più consistente anche se si considerano le età più avanzate.

L'indice di vecchiaia rappresenta il rapporto tra cittadini con più di 65 anni e popolazione under 14.

L'indice di dipendenza strutturale dei cittadini lombardi, rappresenta il rapporto tra cittadini considerati in fasce d'età non autonome (<14 anni, >65 anni) e i cittadini tra i 14 e i 65 anni. Inoltre è visibile anche il tasso di dipendenza strutturale per la sola fascia di anziani (>65 anni).

Leggendo il trend è facile prevedere come nei prossimi decenni si assisterà ad un ulteriore aumento del peso relativo ed assoluto della popolazione anziana dovuto sia all'aumento della speranza di vita (non solo alla nascita, ma anche alle età avanzate), sia allo "slittamento verso l'alto" (ossia all'invecchiamento) delle coorti assai numerose che, oggi, si trovano nelle classi di età centrali. In tale contesto si assisterà sempre di più all'aumento di cittadini portatori di patologie croniche.

In una siffatta situazione la prevenzione e la presa in carico complessiva del paziente cronico acquisiscono ancor più importanza poiché finalizzate, da un lato, a prevenire l'insorgere delle patologie croniche, e dall'altro a ritardare l'aggravarsi delle stesse.

Il quadro sopra descritto mette in luce le rilevanti modifiche della struttura della popolazione lombarda che, secondo le stime ISTAT, produrranno anche negli anni a venire un inesorabile e progressivo invecchiamento per effetto dell'allungamento della speranza di vita e ulteriori dinamiche che impoveriscono la popolazione, quali ad es. la denatalità che erode la consistenza quantitativa delle nuove generazioni.

La prospettiva è di anziani più vecchi, più soli e con supporti familiari meno presenti e meno disponibili, tenuto conto che le risorse di cura familiare nei prossimi 20 anni andranno riducendosi, in un quadro demografico in continua evoluzione. Il numero di caregiver familiari è in calo: la generazione dei baby-boomers – i 50enni di oggi – avvicinandosi alla terza età, avrà a disposizione una rete di aiuti parentali più limitata di adesso, spesso inesistente.

La rarefazione delle nascite e l'ascesa dei figli unici porteranno ad un aumento degli anziani soli: già oggi un anziano su tre in Lombardia vive da solo (32%) e, se si considerano anche le coppie di anziani, si supera il 70%.

Questo è un elemento di potenziale fragilità da non sottovalutare: la rarefazione delle relazioni familiari, spesso peraltro accompagnata da una scomparsa progressiva dei rapporti di amicizia e vicinato, possono ostacolare una vita attiva in termini di scambi e relazioni sociali che progressivamente potrebbe trasformarsi in una minore cura di sé con conseguenze importanti dal punto di vista del decadimento psico-fisico.

È un dato che, se aggregato alla quota di coloro che vivono in coppia senza altri componenti, va a costituire un bacino importante di anziani che, nell'eventuale insorgenza di un grave problema di salute, si trovano soli o in compagnia di un coniuge che è altrettanto anziano/a.

Cronicità

Regione Lombardia grazie a degli algoritmi (sistema BDA3) sviluppati negli anni in collaborazione tra ASL/ATS, Direzione Regionale e società scientifiche, è in grado di stratificare la popolazione residente in funzione delle patologie croniche, sulla base delle informazioni contenute nel DWH amministrativo di cui Regione è titolare e che viene trattato con finalità di monitoraggio e valutazione della qualità e della efficacia delle cure erogate alla popolazione.

Recentemente il sistema degli algoritmi di classificazione è stato rivisto, prevedendo una più approfondita individuazione delle cronicità attraverso le seguenti novità metodologiche:

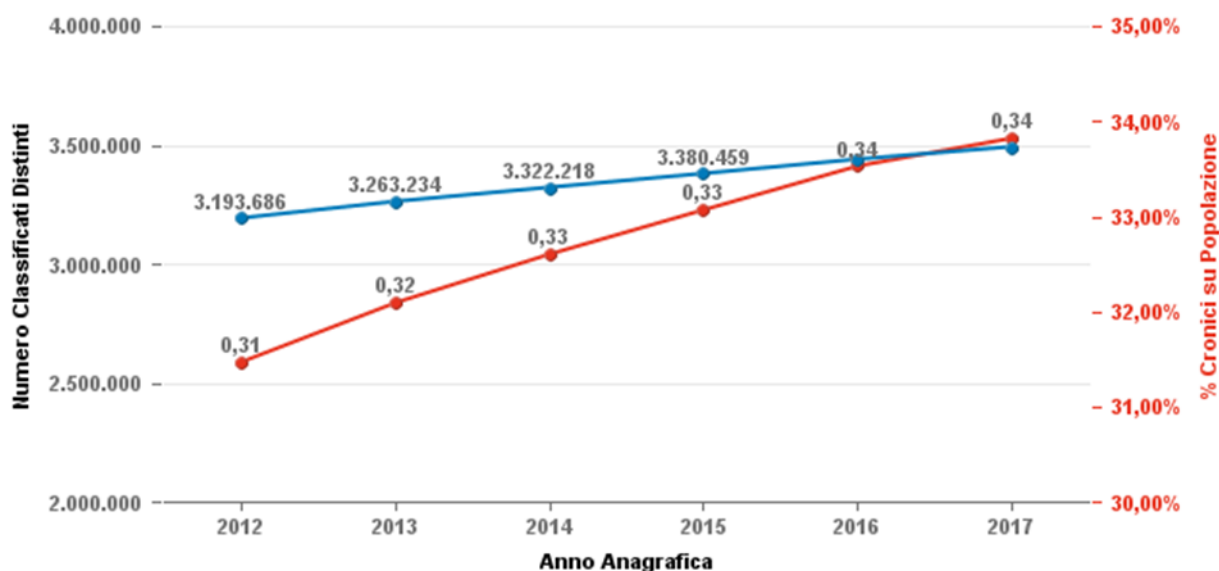
- profondità storica nella ricerca dei traccianti fino a 10 anni;
- incremento della precisione e sensibilità dell'algoritmo nell'individuazione dei livelli di cronicità, rinominato BDA3 (Banca Dati Assistiti V3).

La classificazione CREG (chronic related group), calcolabile sulla base delle patologie individuate con gli algoritmi BDA3, è basata sul ranking di 65 patologie secondo un ordinamento decrescente in funzione del consumo delle risorse, permette di conoscere la cronicità e la comorbidità a livello individuale, fornisce tutti gli elementi utili a stimare la mortalità ed i consumi di ricovero, farmaci e specialistica ambulatoriale.

L'incremento dell'incidenza delle malattie croniche e degenerative, l'invecchiamento della popolazione, l'aumento dell'aspettativa di vita, la presenza delle diverse comorbidità e la loro dinamica interazione nel processo disabilitante, che diventano particolarmente rilevanti in età anziana, configurano un quadro

differenziato di bisogni, in alcune situazioni di particolare complessità, che sollecitano al sistema sanitario, socio sanitario e sociale un impegno rilevante in termini di risorse umane ed economiche, senza dimenticare che tali bisogni richiedono alle famiglie impegni assistenziali, psicologici e finanziari assolutamente nuovi e che spesso disarticolano l'organizzazione della quotidianità familiare.

Negli ultimi anni la prevalenza di soggetti in condizione di cronicità è aumentata e l'incremento, soprattutto oltre i 65 anni, è quasi direttamente proporzionale all'incremento del numero di soggetti nella specifica classe di età. Si noti anche che ogni classe di età ha un suo carico specifico di cronicità (crescente con l'età) che oltre i 65 anni è mediamente almeno del 74% arrivando, oltre gli 80 anni, al 85/86%.



	0-39			40-64			65-79			OLTRE 80					
	CRONICO	TOTALE	% CRONICI SU TOT	CRONICO	TOTALE	% CRONICI SU TOT	CRONICO	TOTALE	% CRONICI SU TOT	CRONICO	TOTALE	% CRONICI SU TOT			
2010	301.119	4.409.639	6,8%	1.149.461	3.628.420	31,7%	1.083.067	1.482.735	73,0%	506.186	613.430	82,5%			
2011	311.982	4.394.101	7,1%	1.169.059	3.669.565	31,9%	1.111.553	1.514.478	73,4%	529.639	635.877	83,3%			
2012	317.536	4.358.056	7,3%	1.188.659	3.710.865	32,0%	1.134.670	1.539.851	73,7%	552.821	659.465	83,8%			
2013	325.418	4.305.106	7,6%	1.206.725	3.740.857	32,3%	1.158.182	1.566.714	73,9%	572.909	679.163	84,4%			
2014	331.130	4.246.570	7,8%	1.222.652	3.773.113	32,4%	1.173.630	1.586.029	74,0%	594.806	702.179	84,7%			
2015	333.165	4.191.387	7,9%	1.242.527	3.801.270	32,7%	1.185.919	1.600.000	74,1%	618.848	728.028	85,0%			
2016	338.563	4.147.018	8,2%	1.269.161	3.823.705	33,2%	1.196.982	1.610.428	74,3%	635.653	743.861	85,5%			
2017	340.025	4.090.948	8,3%	1.288.598	3.830.979	33,6%	1.203.776	1.614.249	74,6%	662.692	767.990	86,3%			
2017 VS 2010	▼	-7,2%		▲	12,1%	▲	5,6%	▲	11,1%	▲	8,9%	▲	30,9%	▲	25,2%

Il combinato disposto dell'invecchiamento della popolazione e del correlato incremento della popolazione in stato di cronicità influenza dal punto di vista quantitativo i consumi dei ricoveri, della specialistica e dei farmaci.

In talune situazioni, lo stato di cronicità si accompagna alla condizione di fragilità che intreccia sia gli aspetti clinici legati alla patologia, sia le risorse fisiche (aspetti funzionali delle attività corporee e della vita quotidiana), psicologiche (risorse cognitive, emotive e comportamentali) e sociali (relazioni con gli altri, apertura all'esterno, interazione con l'ambiente, adattabilità e socialità). La fragilità dunque è una condizione particolarmente frequente nelle persone anziane, alle quali provoca un conseguente rapido deterioramento dello stato di salute, che non è completamente spiegabile sulla base di una patologia specifica, anche se ovviamente malattia e scompenso funzionale si sovrappongono ed interagiscono reciprocamente con la fragilità.

In questa prospettiva, lo stato di salute è l'esito delle "relazioni" tra sistemi in cui è inserita la persona (famiglia, ambiente, scuola, lavoro, ecc); fra questi sistemi la "sanità" e il "sociale" sono quelli per cui l'integrazione diventa una priorità strategica per rispondere alla complessità delle domande di salute che richiedono attenzione alla globalità dei bisogni della persona ed un approccio unitario ai suoi problemi di salute.

In effetti, i bisogni sociali e sanitari di ogni persona variano nel tempo e questo comporta implicazioni rispetto alla necessaria continuità e all'appropriatezza delle risposte.

Ciò suggerisce le direttrici di sviluppo per la programmazione della rete di offerta dei servizi, che dovrà tendere ad un modello di presa in carico complessiva della persona superando la logica della erogazione di singole prestazioni per passare all'integrazione delle attività, sulla base di piani di assistenza individuale.

Scenario dell'offerta di prestazioni in Lombardia

La Lombardia – come tutto il paese – si trova di fronte ad un'evidente consolidata riduzione complessiva dei ricoveri e del loro valore, e le prestazioni ambulatoriali dal 2013 ad oggi sono sostanzialmente stabili.

Il momento di svolta rispetto a questo scenario è rappresentato dalla approvazione del D.L. n. 95/2012, convertito nella legge n. 135/2012 (c.d. *spending review*).

La normativa ha comportato il blocco dei costi del personale per gli erogatori di diritto pubblico e il blocco dei contratti per quelli di diritto privato, determinando per questi ultimi una concentrazione su alcune specifiche linee di attività che hanno loro permesso il mantenimento dei livelli economici che, tuttavia, impongono controlli incisivi in termini di appropriatezza.

Per quanto concerne l'attività ospedaliera negli anni si è avuto un miglioramento complessivo per quanto riguarda qualità ed appropriatezza dei ricoveri.

Ricoveri

I ricoveri sono complessivamente in calo, anche se gli enti privati compensano questo calo con un lieve ma evidente aumento dell'attrattività di pazienti da fuori regione.

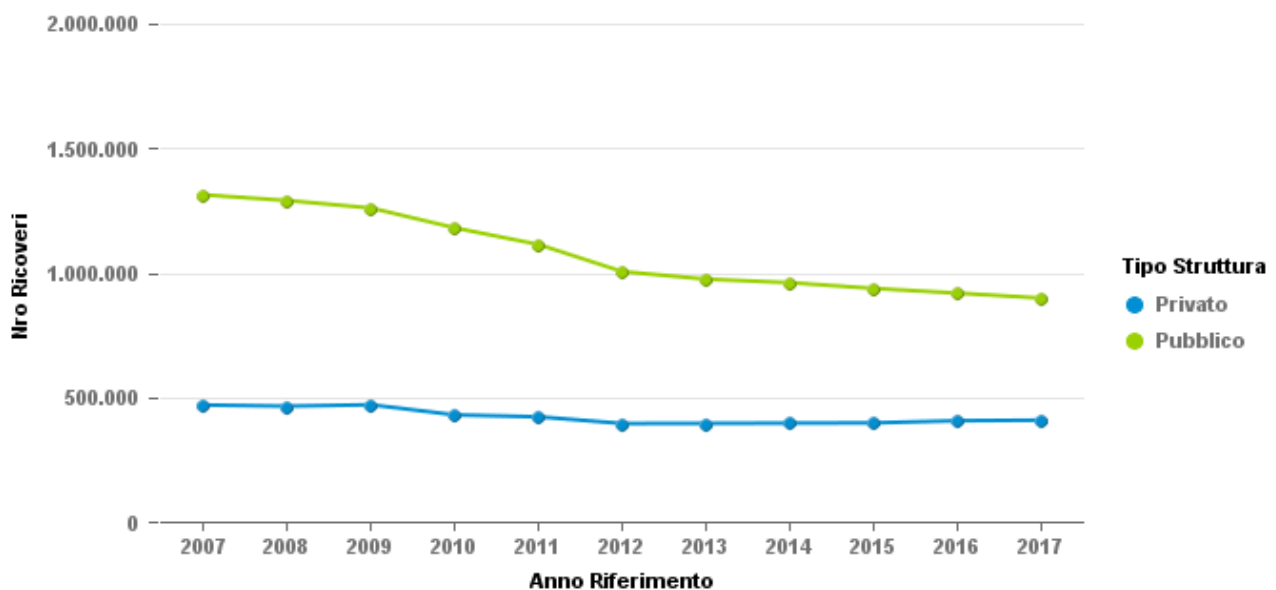
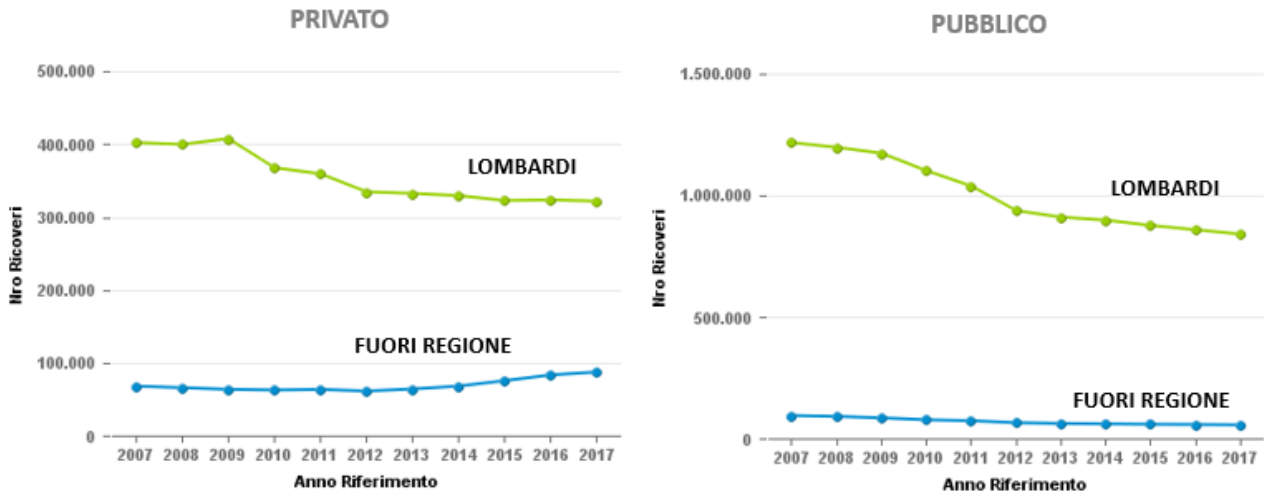


Figura 2 - Trend ricoveri Acuti-Finanziati



Analizzando il sottoinsieme dei ricoveri ordinari, si evidenzia come il calo sia più marcato in quelli di tipo Medico piuttosto che Chirurgici.

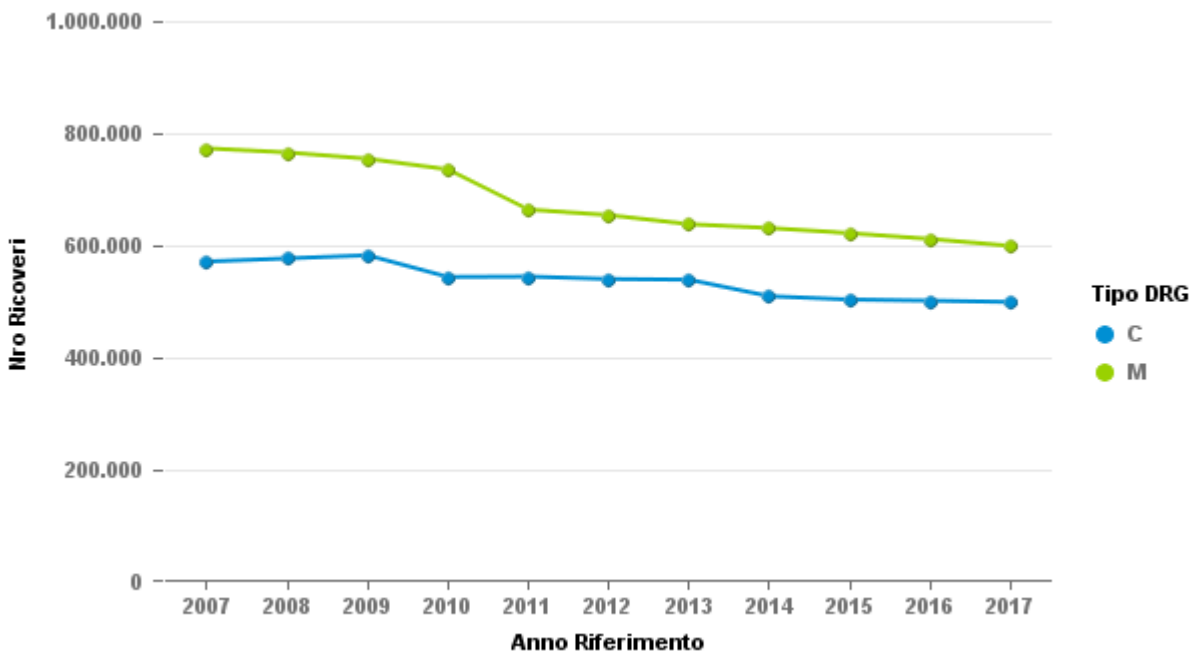
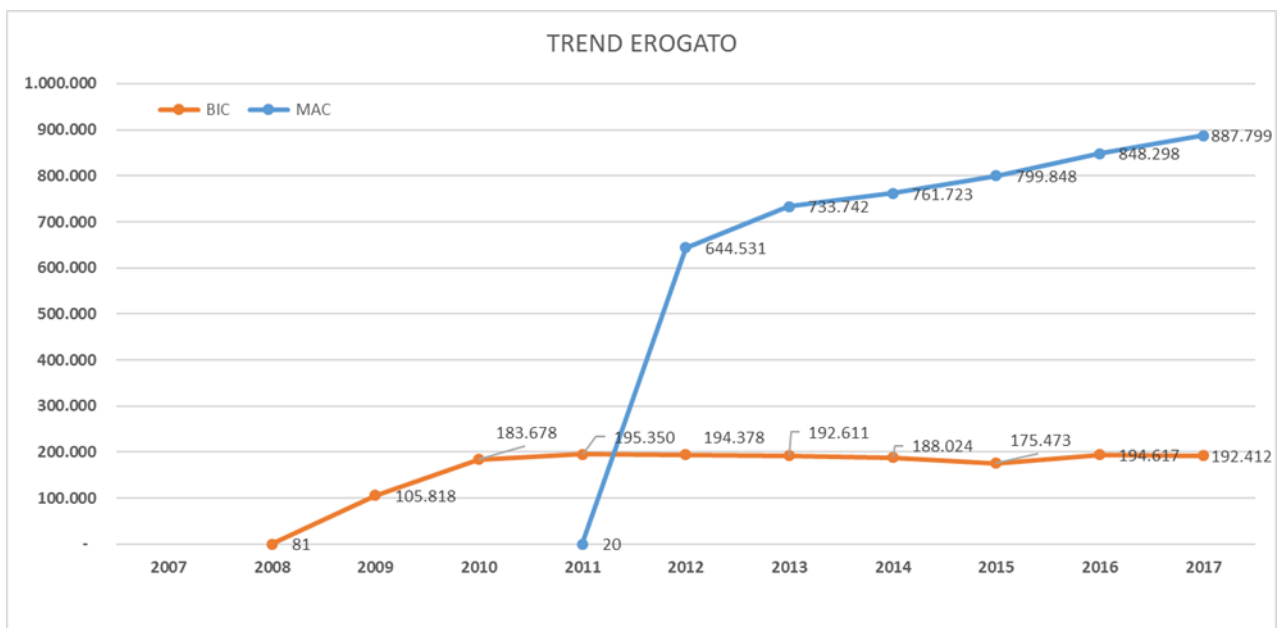


Figura 3 - Trend ricoveri per acuti (Medico/Chirurgico)

Nella tabella seguente risulta evidente che, pur in un contesto di calo progressivo del valore dei ricoveri, gli stessi hanno fatto registrare un incremento per i soggetti con più di 80 anni ponendo all'attenzione la necessità di adeguare l'offerta alle necessità di pazienti sempre più anziani, instabili dal punto di vista clinico e fragili dal punto di vista assistenziale.

	0-39			40-64			65-79			OLTRE 80			VALORE RIC TOTALE
	SOGGETTI	VALORE_RIC	VALORE_PC	SOGGETTI	VALORE_RIC	VALORE_PC	SOGGETTI	VALORE_RIC	VALORE_PC	SOGGETTI	VALORE_RIC	VALORE_PC	
2010	401.011	€ 958.944.107,00	€ 2.391,32	298.440	€ 1.361.462.230,00	€ 4.561,93	255.409	€ 1.707.191.569,00	€ 6.684,15	144.359	€ 956.686.589,00	€ 6.627,14	€ 4.984.284.495,00
2011	387.201	€ 921.104.603,00	€ 2.378,88	292.900	€ 1.355.998.202,00	€ 4.629,56	254.978	€ 1.715.840.112,00	€ 6.729,37	146.973	€ 979.951.353,00	€ 6.667,56	€ 4.972.894.270,00
2012	360.133	€ 870.201.926,00	€ 2.416,33	273.469	€ 1.276.112.386,00	€ 4.666,39	240.877	€ 1.626.821.017,00	€ 6.753,74	147.432	€ 990.484.026,00	€ 6.718,24	€ 4.763.619.355,00
2013	341.839	€ 835.805.571,00	€ 2.445,03	266.784	€ 1.249.546.158,00	€ 4.683,74	239.738	€ 1.628.647.220,00	€ 6.793,45	149.598	€ 1.019.112.316,00	€ 6.812,34	€ 4.733.111.265,00
2014	331.590	€ 817.866.113,00	€ 2.466,50	263.528	€ 1.236.703.913,00	€ 4.692,87	237.266	€ 1.635.213.032,00	€ 6.891,90	151.398	€ 1.037.705.388,00	€ 6.854,16	€ 4.727.488.446,00
2015	316.920	€ 803.484.222,00	€ 2.535,29	262.482	€ 1.234.910.730,00	€ 4.704,74	236.357	€ 1.609.191.378,00	€ 6.808,31	158.129	€ 1.068.369.134,00	€ 6.756,31	€ 4.715.955.464,00
2016	303.310	€ 776.545.916,00	€ 2.560,24	260.353	€ 1.223.679.804,00	€ 4.700,08	233.748	€ 1.610.767.849,00	€ 6.891,04	157.692	€ 1.077.900.899,00	€ 6.835,48	€ 4.688.894.468,00
2017	292.900	€ 751.465.173,00	€ 2.565,60	258.262	€ 1.221.413.537,00	€ 4.729,36	232.399	€ 1.591.442.630,00	€ 6.847,89	161.586	€ 1.103.209.763,00	€ 6.827,38	€ 4.667.531.103,00
		▼ -21,6%			▼ -10,3%			▼ -6,8%		▲ 15,3%			▼ -6,4%

Gli andamenti delle attività di ricovero e, di conseguenza, di quelle di specialistica ambulatoriale devono essere contestualizzati rispetto al progressivo spostamento programmato di attività dal setting della degenza verso quello della specialistica ambulatoriale. Ciò si è verificato sia per le attività mediche (MAC) sia per quelle chirurgiche (BIC) anche definendo per questi setting degli specifici requisiti di autorizzazione e di accreditamento. Nel grafico seguente viene esposto per le BIC e le MAC l'andamento nel tempo dei volumi di attività di queste due tipologie di attività.

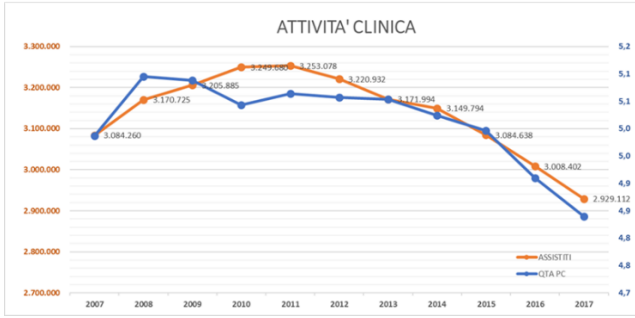


Specialistica Ambulatoriale

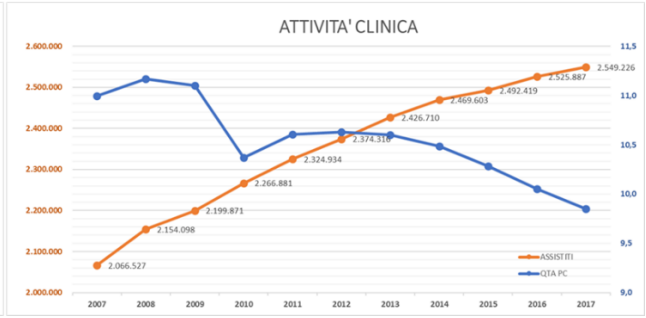
Nelle tabelle seguenti sono riportati i consumi relativi alle attività di specialistica ambulatoriale suddivisi tra laboratorio, radiologia e le restanti prestazioni, raggruppate sotto la dizione attività clinica. Le attività sono sempre rappresentate distinguendo i soggetti che sono "stratificati" come cronici dai soggetti che non lo sono. Sono rappresentati, per ogni gruppo di prestazioni, i soggetti beneficiari nell'anno, i consumi pro capite nell'anno ed anche i valori assoluti delle prestazioni erogate.

In generale si nota che si riducono le prestazioni a favore di soggetti non cronici e che aumentano quelle per i pazienti cronici in termini assoluti. Le prestazioni pro capite si riducono sia per i cronici sia per i non cronici e aumentano solo per la diagnostica strumentale e per immagini.

CONSUMATORI NON CRONICI

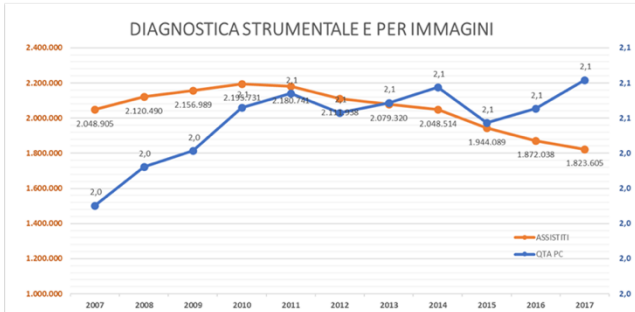


CRONICI

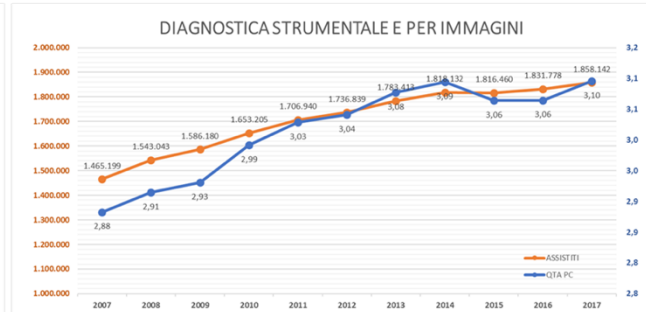


Diagnostica strumentale e per immagini

CONSUMATORI NON CRONICI

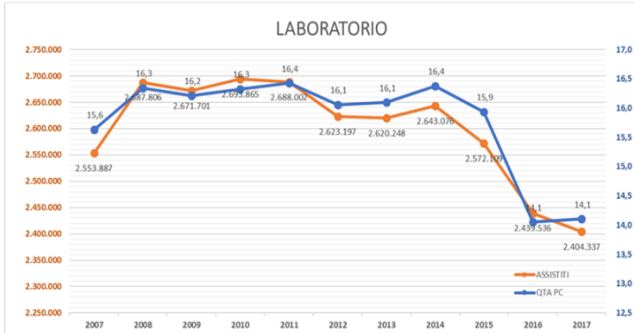


CRONICI

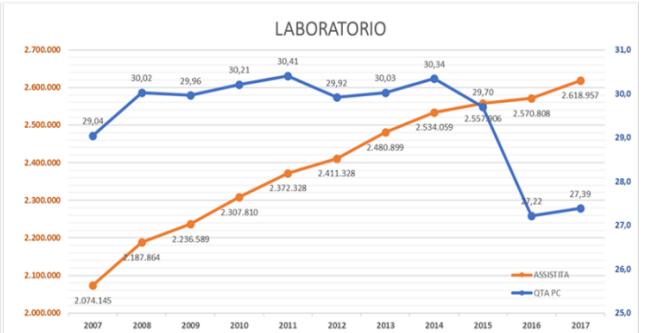


Laboratorio analisi

CONSUMATORI NON CRONICI



CRONICI

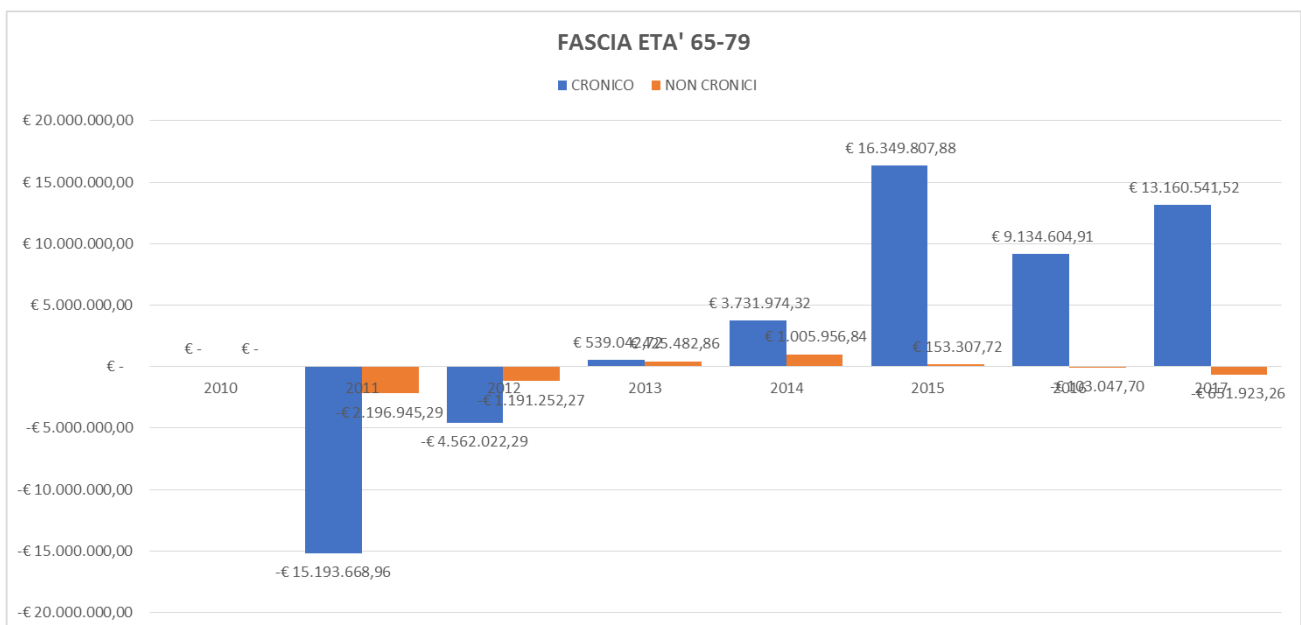
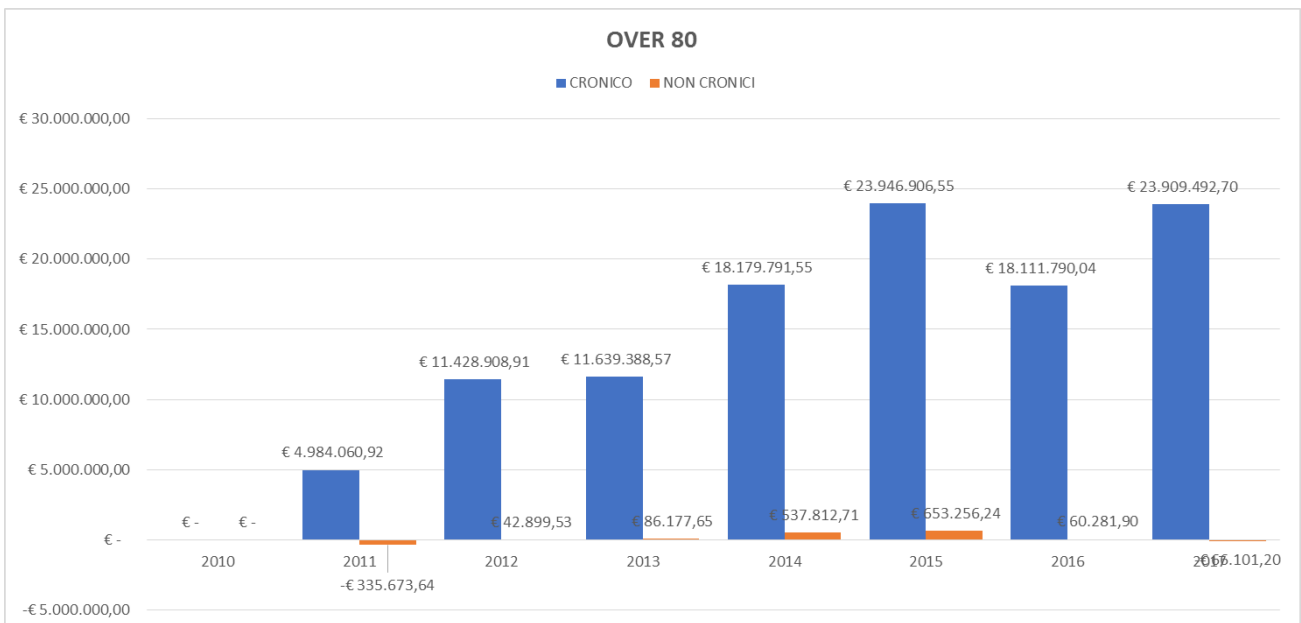


Farmaceutica

Anche la farmaceutica territoriale evidenzia un incremento evidente di consumi e di soggetti consumatori sopra i 65 anni; l'incremento dei costi non è altrettanto consistente grazie alle numerose "genericazioni" di farmaci sotto brevetto ad estesa diffusione tra la popolazione cronica.

	0-39			40-64			65-79			OLTRE 80			VALORE FARMA TOTALE
	SOGGETTI	VALORE FARMA	VALORE PC	SOGGETTI	VALORE FARMA	VALORE PC	SOGGETTI	VALORE FARMA	VALORE PC	SOGGETTI	VALORE FARMA	VALORE PC	
2010	2.150.811	€ 188.739.413,48	€ 87,75	2.314.825	€ 626.721.291,39	€ 270,74	1.314.252	€ 757.974.404,70	€ 576,73	529.532	€ 336.615.512,28	€ 635,68	€ 1.910.050.621,85
2011	2.168.687	€ 184.147.979,56	€ 84,91	2.336.614	€ 600.279.946,27	€ 256,90	1.344.023	€ 740.583.790,45	€ 551,02	551.699	€ 341.263.899,56	€ 618,57	€ 1.866.275.615,84
2012	2.115.526	€ 191.831.546,22	€ 90,68	2.342.251	€ 600.411.304,45	€ 256,34	1.366.793	€ 734.830.515,89	€ 537,63	573.729	€ 352.735.708,00	€ 614,81	€ 1.879.809.074,56
2013	2.122.400	€ 182.286.551,32	€ 85,89	2.375.207	€ 583.156.704,64	€ 245,52	1.391.415	€ 735.795.041,47	€ 528,81	592.790	€ 364.461.274,22	€ 614,82	€ 1.865.699.571,65
2014	2.059.611	€ 175.763.683,89	€ 85,34	2.374.063	€ 571.269.689,70	€ 240,63	1.406.137	€ 740.532.972,63	€ 526,64	613.057	€ 383.178.878,48	€ 625,03	€ 1.870.745.224,70
2015	1.985.768	€ 166.875.259,30	€ 84,04	2.385.551	€ 572.862.362,68	€ 240,14	1.416.378	€ 757.036.088,23	€ 534,49	636.620	€ 407.779.041,27	€ 640,54	€ 1.904.552.751,48
2016	1.934.336	€ 159.724.497,78	€ 82,57	2.360.981	€ 566.506.330,01	€ 239,95	1.421.599	€ 766.067.645,44	€ 538,88	650.332	€ 425.951.113,21	€ 654,97	€ 1.918.249.586,44
2017	1.817.817	€ 156.038.324,22	€ 85,84	2.355.658	€ 572.316.521,86	€ 242,95	1.424.383	€ 778.576.263,70	€ 546,61	671.521	€ 449.794.504,71	€ 669,81	€ 1.956.725.614,49
		▼ -17,3%			▼ -8,7%			▲ 2,7%			▲ 33,6%		▲ 2,4%

Si noti nei grafici seguenti come l'incremento dei consumi farmaceutici territoriali si concentri soprattutto nell'ambito della cronicità. Dal 2011 al 2017 viene esposta in valori assoluti in euro la differenza di consumi rispetto all'anno precedente separata per cronici e non cronici.



PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Tutte le attività di prevenzione e promozione e tutela della salute vengono ricondotte nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2019 (DCR n. 1497/2017 e DCR n. 67/2018), il più importante atto di indirizzo programmatico e di *governance* per tutta l'area della prevenzione, anche in relazione agli obiettivi fissati nel Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2014-2019. All'interno del PNP sono stati definiti 10 Macro Obiettivi nazionali ad elevata valenza strategica al cui raggiungimento concorrono tutte le Regioni.

Regione Lombardia con il "PRP 2014-2019" dà attuazione a tutti i Macro Obiettivi centrali attraverso 13 Programmi regionali che sono supportati da azioni basate sulle migliori evidenze di efficacia e da interventi integrati che si realizzano nell'ambito della più complessiva programmazione regionale, della sostenibilità delle azioni proposte e mediante un approccio per *setting* e per ciclo di vita ed orientato alla prevenzione ed al contrasto delle disuguaglianze.

Il PRP ha già superato positivamente all'interno del percorso di valutazione LEA la verifica per gli anni 2015, 2016 e 2017 con un risultato di raggiungimento degli obiettivi di piano superiore all'80%.

In coerenza con gli indirizzi del PRP, discendono dallo stesso specifici atti programmatici di settore quali ad esempio il Piano Regionale per la tutela e la sicurezza nei luoghi di lavoro 2014-2018 (PRSL) (DGR n. X/1104/2013) e il Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale (PRPV) 2017-2019 (DGR n. 7629/2017).

Tutti i Piani sopra citati sono in scadenza nel 2019 e dovranno, pertanto, essere riaggiornati con una visione temporale quinquennale: anche al fine di disseminare gli obiettivi e i modelli attuativi della legge di riforma del SSR, la UO Prevenzione della DG Welfare partecipa al tavolo redazionale del prossimo Piano nazionale Prevenzione 2020-2025

Linee strategiche

Il PRS dell'XI legislatura, nell'ambito dell'area Sociale, Missione 13 – Tutela della salute, dichiara che la prevenzione diventerà lo strumento di guadagno di salute e di miglior utilizzo delle risorse disponibili (umane, organizzative e finanziarie).

Le principali linee di intervento che verranno affrontate si concretizzeranno con il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Programmazione e sostegno di iniziative di prevenzione e di promozione della salute in ogni fascia d'età ed in ogni ambiente di vita e di lavoro (rif. RA 131).
- Potenziamento degli interventi di promozione della salute e di prevenzione e diagnosi precoce delle malattie croniche e tumori (rif. RA 132).
- Incremento della tutela della salute e sicurezza del lavoratore/del consumatore/del cittadino (rif. RA 133).
- Monitoraggio delle ricadute sulla salute del miglioramento della qualità dell'aria in relazione alle azioni di cui al PRIA: contributo in termini di conoscenza degli effetti sulla salute dell'andamento degli inquinanti aero dispersi in Regione Lombardia (rif. RA 134).
- Lotta alle dipendenze, anche immateriali (quali le ludopatie) attraverso l'attuazione del piano d'azione regionale per le Dipendenze (rif. RA 136).
- Partecipazione al processo di semplificazione in materia di procedimenti amministrativi in carico ai DIPS – impresa in 1 giorno: raccordo con SUAP – anche in collaborazione, per le parti di competenza, con altre Direzioni Generali di Regione Lombardia (rif. Missione IST.01, PROGRAMMA IST.0111, RA 14).
- Implementazione dell'azione di integrazione interna alle ATS tra il Programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute – WHP Lombardia" e gli interventi e servizi per la conciliazione vita lavoro.

Inoltre, nella definizione del nuovo PRP 2020-2025 e durante la sua realizzazione si procederà a:

- sviluppare un modello regionale di “Salute in tutte le politiche” che, mediante alleanze tra soggetti istituzionali, sociali, imprenditoriali e professionali, incrementi azioni a sostegno di politiche integrate volte a promuovere ambienti e stili di vita salutari e a prevenire fattori di rischio legati al comportamento in ogni fascia di età e in ogni ambiente di vita e di lavoro;
- adottare un piano regionale di marketing sociale per la promozione di stili di vita salutari e la prevenzione di fattori di rischio comportamentali nelle diverse fasi di vita;
- garantire la diagnosi precoce sia delle forme neoplastiche, sia dei loro precursori, con azioni tese al miglioramento continuo dei livelli di copertura della popolazione target dei programmi di screening, l’ampliamento delle classi di età di screening di colon retto e mammella (DDG n. 3711/2017) e l’attivazione del programma di screening della cervice uterina su tutto il territorio regionale ((DGR n.7013/2017);
- attuare la prevenzione, sorveglianza e controllo delle malattie infettive anche attraverso programmi di profilassi vaccinale e campagne di comunicazione, compresi gli interventi per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili al fine di raggiungere un’offerta omogenea. Le strategie vaccinali mireranno al miglioramento/mantenimento delle coperture vaccinali previste, all’ottimizzazione della qualità dell’offerta vaccinale al cittadino mediante l’attuazione di un Piano di Audit ai Servizi vaccinali, al rafforzamento dell’offerta vaccinale per soggetti a rischio per patologia/condizione e per target di popolazione, tenendo conto di eventuali nuove indicazioni nazionali e/o europee. Inoltre, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive opererà per l’adeguamento della sorveglianza, dei supporti informativi e per la revisione delle prassi secondo le miglior evidenze scientifiche. In questo ambito, alla luce delle patologie emergenti/misconosciute (es. West Nile, malattia di Lyme, ecc.) e di cluster importanti di Legionellosi verificatisi sul territorio della Lombardia, sarà avviato un percorso di formazione e revisione/aggiornamento delle specifiche procedure per la sorveglianza e l’attività di controllo del territorio coerenti con indirizzi nazionali ed internazionali;
- tutelare la salute e sicurezza del cittadino/lavoratore/consumatore negli ambienti di vita e di lavoro attraverso:
 - il contrasto al fenomeno infortunistico e delle malattie professionali, dell’esposizione a rischi chimici ed ambientali ed il sostegno alle imprese nella attuazione di buone pratiche per la sicurezza. Ciò verrà attuato sia mediante la pianificazione in materia di promozione della sicurezza e salute negli ambienti di lavoro e governo della sua applicazione, in un’ottica di coordinamento all’interno del Sistema Istituzionale; inoltre, opererà in un’ottica di programmazione e coordinamento delle attività di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, con riguardo ai rischi derivanti dall’esposizione ad amianto e dall’utilizzo di sostanze chimiche pericolose;
 - lo sviluppo di azioni finalizzate alla tutela del consumatore in materia di sicurezza degli alimenti non di origine animale, sviluppando processi integrati per la prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti; valutazione e gestione del rischio nella filiera delle acque destinate al consumo umano attraverso la verifica dei Water Safety Plan adottati dai Gestori del servizio idrico integrato;
- inserire la prevenzione nella gestione delle malattie croniche legate a fattori comportamentali (stili di vita) mediante un approccio integrato tra aspetti preventivi, di diagnosi precoce e terapeutici-assistenziali. Infatti, lo sviluppo del modello regionale di presa in carico dei pazienti cronici (DGR n. 6164/2017 e n. 6551/2017) richiederà il completamento del sistema di offerta in relazione alla dimensione della “prevenzione”. In questo senso, in coerenza con gli indirizzi nazionali e le evidenze di letteratura, verrà perseguito l’obiettivo di messa a sistema di un programma di diagnosi precoce di condizioni di rischio aumentato per malattie croniche non trasmissibili (MCNT) nella popolazione in età 45 – 60 con offerta di approccio comportamentale (*counselling* ed invio) in grado di potenziare le risorse personali individuali (*empowerment*) per l’adozione consapevole di stili di vita salutari e, se necessario, di quello farmacologico. L’obiettivo generale comune a questo ambito, in coerenza a quanto previsto dai LEA 2017, sarà quello di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche (con particolare riferimento a quelle MCNT).

Monitoraggio e valutazione

In coerenza con il PRS XI Legislatura, gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione sono da individuarsi nel mantenimento/incremento delle coperture vaccinali, nell'incremento della qualità del servizio offerto al cittadino (da valutarsi attraverso audit ai servizi vaccinali) e la riduzione del tasso di infortuni sul lavoro.

Il Sistema Informativo Regionale della Prevenzione rappresenta lo strumento di governance e di visione anche ai fini della valutazione delle performances nell'area della prevenzione. Tale valutazione avverrà mediante il cruscotto "Performance della Prevenzione" che, fatta salva l'appropriatezza delle attività di prevenzione, monitorerà l'efficienza produttiva e valuterà la capacità di mantenimento e miglioramento nel tempo delle attività di prevenzione in Lombardia anche in relazione all'evoluzione del SSR.

Il monitoraggio e la rendicontazione delle azioni di promozione della salute avverrà sia attraverso l'ulteriore sviluppo del sistema informativo sovra regionale "Banca dati di progetti, interventi e buone pratiche di prevenzione e promozione della salute (PRO.SA.)" (DGR 3018/2015), sia attraverso la survey regionale annuale "Stili di vita" e il set di indicatori all'interno del cruscotto "Performance della Prevenzione".

MEDICINA LEGALE

L'adozione del secondo programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità (Decreto del Presidente della Repubblica 12 ottobre 2017), nel confermare e rilanciare l'impegnativa sfida di un'ampia riforma del sistema di riconoscimento, di competenza necessariamente nazionale, richiama il ruolo imprescindibile delle autonomie regionali in particolare nella valutazione dell'handicap e della disabilità, così come nelle valutazioni multidimensionali.

La valutazione della disabilità prevista dal modello biopsicosociale diviene, in prospettiva, un momento centrale nell'allocazione delle risorse assistenziali "indipendentemente dal diritto o meno all'erogazione di assegni": in tale ottica, il sistema di accertamento delle UU.OO. di Medicina legale delle ASST, con l'attività di verifica da parte di INPS, costituisce un modello organizzativo da potenziare, e, nei limiti della legislazione vigente, da semplificare.

Nelle more dell'emanazione degli strumenti normativi nazionali, attraverso le indicazioni annuali (Regole di sistema) sono avviate azioni per attuare quella trasformazione strutturale e organizzativa che consenta alle UU.OO. medico-legali del SSR di operare con la necessaria competenza multidisciplinare valorizzando il rigore metodologico medico-legale nel contesto dei percorsi di certificazione della disabilità.

Attraverso il raccordo tra ASST (Medicina Legale) ed enti/amministrazioni coinvolti, si intende migliorare/semplificare il percorso del cittadino per il riconoscimento delle invalidità civile, handicap e disabilità (rif. Missione Soc. 13, R.A.137).

Monitoraggio e valutazione

In coerenza con il PRS XI Legislatura, gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione sono da individuarsi nella riduzione dei Tempi di attesa nel riconoscimento dell'invalidità civile, handicap e disabilità

CONSULTORI FAMILIARI

Nell'ambito dell'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, il D.P.C.M 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, indica e prevede l'attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza. Tale attività riconduce ai servizi consultoriali che Regione Lombardia, anche nel recente passato, ha segnalato come unità d'offerta da valorizzare ma anche da ricondurre alle mutate necessità dell'attuale sistema familiare.

Infatti, la multidisciplinarietà delle aree d'intervento, prevista dal legislatore nel 1975, continua ad essere una prospettiva attuale che necessita, tuttavia, di una nuova e più convinta concretizzazione e attualizzazione.

Il consultorio familiare si pone come uno snodo indispensabile a garanzia della necessaria connessione di tutti i servizi capaci di 'prendere in cura' le diverse fasi del ciclo di vita della famiglia, i diversi sottosistemi relazionali che la compongono e di tutte le situazioni che può attraversare, dalla piena funzionalità alla disfunzionalità.

La famiglia, soggetto primario delle politiche sociali, è un sistema che offre mediazione generazionale e, anche quando sperimenta difficoltà e problemi nelle proprie relazioni o nella crescita dei figli, deve continuare a essere interpretata quale risorsa principale da sostenere e aiutare.

In questa prospettiva il consultorio, servizio ad alta integrazione sociosanitaria, deve assumere il compito di offrire la trasversalità delle risposte ai bisogni riconducibili alla salute dei componenti del 'sistema famiglia'.

In questi anni Regione Lombardia ha investito su un rinnovamento del consultorio familiare culminato con una modifica del tariffario che ha permesso l'ampliamento delle funzioni. A completamento di questa evoluzione si potenzieranno le funzioni sociali di tipo specialistico al fine di sostenere la natalità, la genitorialità, il benessere familiare e la funzione di aiuto per i familiari più fragili e di orientamento anche verso altri servizi.

Secondo questa logica, il consultorio diventa il punto di riferimento per le famiglie e, attraverso la governance delle ATS, viene accresciuta la sinergia e l'integrazione con le risorse e i diversi servizi del territorio.

A partire dalla fase generativa della famiglia, il CF concretizza l'offerta territoriale per la sorveglianza della gravidanza a basso rischio, per l'accompagnamento al parto e al puerperio e opera, storicamente, in raccordo con i servizi ospedalieri, così come declinato, anche, dalla D.G.R. n. XI/268/2018, "Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: indirizzi per l'appropriatezza e sicurezza del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica".

In raccordo con i servizi per la Prevenzione, con quelli deputati alla Salute Mentale Infantile, Adolescenziale e Adulta, nonché con quelli delle Dipendenze, il Consultorio Familiare attua interventi che si collocano a livello di prevenzione primaria – a sostegno del potenziale positivo della coppia, della famiglia e degli individui che la compongono – secondaria – per evitare che un fattore di rischio, individuale o relazionale, possa condurre ad una crisi conclamata – e terziaria rivolgendosi a situazioni familiari disfunzionali o di crisi conclamata anche ampliando le funzioni relative ad attività dedicate in particolare al supporto socio-psico-educativo delle famiglie in tutto il ciclo di vita.

La composizione multidisciplinare dell'équipe consultoriale, la bassa soglia di accesso, l'approccio non direttivo, orizzontale, la costante attenzione alle differenze di genere, l'approccio integrato, le modalità operative basate sull'offerta attiva, l'adesione al paradigma della partecipazione attiva del cittadino per la costruzione dei processi di salute (*empowerment*), prospettano il Consultorio Familiare, quale interprete, precursore, del nuovo modello di sanità individuato da Regione Lombardia con la legge n 23 del 2015.

La collaborazione con il Servizio sociale degli Enti locali garantisce, inoltre, l'integrazione delle attività consultoriali rivolte alle famiglie fragili con gli interventi più prettamente sociali di aiuto alla famiglia e ai minori che possono essere garantite anche in collaborazione con il Terzo settore.

Coerentemente con tutto quanto richiamato, il presente Piano Socio-Sanitario individua e sostiene tutte le azioni che, in linea con la funzione del CF, svilupperanno, potenziandole (secondo i paradigmi dell'appropriatezza e dell'efficacia), le progettualità ancorate a specifiche e prioritarie aree di bisogno, quali:

- il concepimento, la gravidanza e il puerperio nei primi mesi e sino ai 3 anni di vita del/la bambino/a, con la finalità principale di promuovere la salute delle mamme, dei papà e dei bambini/e, con particolare riferimento alle situazioni a rischio relazionale. Percorsi per il post nascita (allattamento al seno, depressione post partum, arricchimento della genitorialità, ecc.);
- il sostegno precoce del benessere psicologico dei minori in tenera età, figli di genitori fragili al fine di prevenire interventi di controllo sociale e giuridico;
- la promozione della salute degli adolescenti e dei preadolescenti, improntata all'integrazione e al sostegno delle competenze educative degli adulti, in approccio coordinato con le agenzie educative del territorio e con le altre progettualità/sperimentazioni avviate sul territorio (comprese quelle finanziate con risorse comunitarie);
- la facilitazione dell'accesso al CF tramite l'utilizzo della comunicazione bidirezionale via web con particolare attenzione alla dimensione interculturale;
- la salute di genere e gli interventi finalizzati alla prevenzione della salute psicofisica della donna (anche nel ruolo di madre) nelle diverse fasi di vita.
- la prevenzione dei tumori femminili;
- l'approccio alla salute di genere;
- l'intervento sulle 'relazioni diseguali' e violente, intra familiari favorendo il raccordo con i centri antiviolenza;
- la promozione della genitorialità sociale, adottiva e della deistituzionalizzazione delle risposte per la protezione dei minori in collaborazione con gli Enti locali, l'Associazionismo e il Terzo Settore;
- la promozione della procreazione responsabile, della contraccezione e dell'educazione sessuale, la prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza e interventi volti alla riduzione del rischio di aborto ripetuto;
- la gestione della separazione della coppia genitoriale al fine di evitare e/o contenere la conflittualità e facilitare le fasi di transizione del sistema familiare, anche nella prospettiva della continuità delle responsabilità genitoriali.

Monitoraggio e valutazione

L'articolato sistema di flussi informativi in questa area, permette la costruzione di indicatori:

- di processo, atti a descrivere quantitativamente l'attività consultoriale nelle diverse linee di attività;
- di esito, soprattutto nella dimensione della continuità dei percorsi assistenziali nell'area materno infantile, neuropsichiatrica e sociale, che andranno periodicamente monitorati e utilizzati anche per definire obiettivi specifici

CURE PRIMARIE

Nella logica evolutiva del sistema sociosanitario lombardo ruolo centrale svolgono le cure primarie.

La medicina di famiglia, che già rappresenta il luogo centrale della cura e il primo accesso per l'assistito, viene valorizzata nella sua dimensione clinica e preventiva e le viene riconosciuto un ruolo fondamentale nel percorso di presa in carico del paziente, in particolare cronico e fragile. Il passaggio dalla "cura" al "prenderci cura", attraverso la creazione di percorsi personalizzati ed integrati, è finalizzato a favorire la permanenza del malato nel contesto familiare e ad assicurare una migliore integrazione di tutti gli attori della rete di offerta.

Le azioni di Regione dovranno favorire il ruolo centrale nella presa in carico svolto dai medici di cure primarie, incentivando la massima adesione al processo e la collaborazione con la medicina specialistica, anche attraverso lo sviluppo tecnologico dell'informatica e della telemedicina.

In particolare, andranno sempre più affidati ai medici delle cure primarie i compiti:

- di prevenzione e promozione della salute;
- di individuazione dei fattori di rischio e di diagnosi tempestiva delle patologie croniche anche attraverso lo sviluppo della medicina di iniziativa;
- di presa in carico dei pazienti cronici e fragili;
- di partecipazione alle attività di valutazione multidimensionale;
- di integrazione della continuità assistenziale nelle funzioni erogate dalle forme associate di cure primarie.

Da un punto di vista degli strumenti, andranno promosse, anche attraverso l'utilizzo delle diverse forme incentivanti e attraverso idonee sperimentazioni:

- le forme collaborative e associative tra medici delle cure primarie e tra questi e l'assistenza specialistica (UCCP-PreSST) al fine di attuare un "chronic care model" anche con la collaborazione di altri professionisti sanitari;
- la collaborazione con i medici specialistici, anche attraverso un sistema informativo, che favorisca tale attitudine;
- la erogazione di diagnostica di primo livello che faciliti il mantenimento del paziente al suo domicilio anche con il supporto della telemedicina e attraverso esperienze in rete;
- la partecipazione del MMG/PLS nel PreSST e nelle degenze di comunità;
- la responsabilizzazione del MMG e del PLS nei processi e nei percorsi di cura, identificando sistemi di reporting che integrino le informazioni sul consumo delle risorse con le informazioni sulla adesione del medico ai PDTA e dei suoi assistiti ai percorsi di cura (cruscotto integrato per il MMG/PLS);
- la partecipazione a audit clinici per promuovere la qualità dell'assistenza;
- la formazione che tenga conto degli obiettivi di sviluppo clinico e organizzativo prioritari per la Direzione Generale Welfare.

L'accordo collettivo nazionale permetterà di valorizzare il ruolo delle cure primarie nella gestione della cronicità, in accordo con il piano nazionale della cronicità, e favorirà l'organizzazione dei medici in AFT.

Monitoraggio e valutazione

La valutazione delle performances dei medici delle cure primarie è stata ampiamente sviluppato dalle ASL e ATS negli anni, seppure con diverse modalità e con una attenzione prevalentemente rivolta ai consumi farmaceutici.

Dovrà essere definito un set di indicatori sintetico e omogeneo su tutto il territorio regionale, che descriva il consumo di risorse (cliniche, di accesso al P.S., di utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari, farmaceutiche) con gli indicatori relativi alla capacità di garantire percorsi di diagnosi e cura coerenti con i percorsi diagnostico terapeutici condivisi (nuove diagnosi/anno per le principali patologie croniche, numero di pazienti cronici sottoposti ad indagini diagnostiche specifiche etc.) e ciò in attesa di integrare tali informazioni con indicatori specifici di outcomes clinici.

A livello regionale e di ATS si continuerà a monitorare l'adesione dei professionisti delle cure primarie alle forme associative, alle attività dei POT e dei PreSST, alle modalità di adesione ai percorsi di presa in carico del paziente cronico.

DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA

Il mutamento della struttura socio-demografica nella nostra regione, l'aumento della popolazione anziana e della non autosufficienza, delle gravissime disabilità, delle situazioni di rischio di povertà e di disagio sociale ed economico, fanno emergere in particolare, come più volte sottolineato ed evidenziato nei diversi provvedimenti di queste ultime due legislature, una diversa domanda di assistenza da parte delle persone e delle famiglie. La domanda si presenta sia in termini di richiesta di servizi flessibili a livello territoriale, sia di aiuto e sostegno per il mantenimento presso il domicilio della persona in condizione di non autosufficienza, o ancora di un rinnovamento di prestazioni e servizi qualificati per fronteggiare i nuovi bisogni.

La profonda crisi economica che sta coinvolgendo numerose famiglie della nostra regione sta peraltro modificando, o ha già modificato, sia gli stili di vita delle persone, in particolare di coloro che hanno bassi redditi, sia la struttura degli interventi e servizi che costituiscono la rete sociale e sociosanitaria regionale.

Cronicità

L'invecchiamento della popolazione che caratterizza lo scenario sanitario del nostro Paese, può essere affrontato attraverso una efficace "presa in carico della cronicità".

Il progetto pone al centro del sistema il paziente e valorizza l'intero processo assistenziale del malato cronico. Obiettivo fondamentale del nuovo modello organizzativo è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità della vita e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso alle cure.

Il percorso di presa in carico pone l'accento sulla necessità di una migliore e più efficiente organizzazione dei servizi e di una maggiore responsabilizzazione di tutti gli interlocutori, compresa la persona con cronicità, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze.

Per la progressiva diffusione del modello proposto, anche alla luce delle esperienze maturate nel primo triennio, occorre identificare alcune precise linee di sviluppo:

- il progressivo e completo coinvolgimento del MMG/PLS come clinical manager, sia singolo che associato in cooperativa,. Rimane infatti principalmente al medico di famiglia e al pediatra di libera scelta il compito di ricomporre e integrare i contributi specialistici al fine di rispondere compiutamente ai bisogni complessivi del paziente;
- l'integrazione nei piani assistenziali individuali degli aspetti della prevenzione e della promozione della salute, degli interventi sociosanitari e sociali;
- la valorizzazione del ruolo del "case manager" che possa accompagnare, orientare e tutelare il malato e la sua famiglia nel percorso di cura;
- la progressiva differenziazione del ruolo dell'Ospedale e della medicina territoriale nella presa in carico dei diversi pazienti anche sulla base dei differenti livelli di complessità e di intensità assistenziale;
- la attuazione di modalità proattive di individuazione dei soggetti con più elevato rischio, sia in ambito ospedaliero che nelle cure primarie, al fine di integrare le modalità di classificazione dei pazienti basata sulla BDA con la conoscenza della complessità clinica e sociale, anche per assicurare una tempestiva presa in carico dei soggetti più fragili dopo un evento acuto che ha determinato un peggioramento delle condizioni cliniche e della autonomia;
- la valorizzazione della valutazione multidimensionale sia in ambito territoriale sia in ambito ospedaliero;
- il continuo monitoraggio del processo e la valutazione degli esiti (in termini di accessi al PS – ricoveri ripetuti – istituzionalizzazione);
- la individuazione di tariffe orientate a promuovere la permanenza del paziente nel territorio.

Monitoraggio e valutazione

Il modello regionale della presa in carico prevede la raccolta sistematica di dati, sia a livello delle cure primarie sia a livello degli erogatori pubblici e privati accreditati, atti a valutare il numero e le caratteristiche cliniche dei pazienti arruolati nei diversi setting di cura, sia informazioni relative all'assorbimento di risorse in termini di ricoveri, specialistica ambulatoriale e farmaceutica, sia alcuni indicatori proxy dell'esito delle cure, quali i ricoveri ospedalieri, i ricoveri ripetuti, gli accessi in pronto soccorso etc.

Disabilità

La disabilità, congenita o acquisita, chiede il massimo sforzo del sistema per garantire la dignità della persona con disabilità e la qualità della sua vita.

In nessun ambito come quello della disabilità è cruciale il percorso della presa in carico, della personalizzazione delle cure e della integrazione tra servizi e istituzioni, proprio per i labili e spesso artificiosi confini tra bisogni sanitari, sociosanitari e sociali, anche a fronte della grande variabilità delle condizioni di disabilità e delle diverse fasi del “ciclo di vita” nel quale si è chiamati a intervenire.

L’approccio alla disabilità deve integrare aspetti specificatamente sanitari all’interno di una visione più ampia che abbraccia anche le componenti sociali. Questa impostazione è fondata sul principio che una disabilità non è un attributo intrinseco della persona, ma piuttosto, il risultato di una complessa interazione tra lo stato di salute, le attività e le relazioni, prodotta dal contesto ambientale e sociale in cui la persona vive.

Pertanto il Piano Assistenziale Individuale deve essere declinato all’interno del Progetto di vita, rispettoso delle scelte della persona e della famiglia, finalizzato ad sostenere la permanenza al domicilio, a realizzare una vita piena e di qualità, nonostante i limiti che la condizione di disabilità pone, coerentemente con le azioni avviate per la costituzione del Fondo unico per le disabilità.

Numerose sono le esperienze e le sperimentazioni che il sistema lombardo ha promosso per garantire i diritti della persona disabile.

In particolare:

- riabilitazione di soggetti disabili, prevalentemente di minore età, attivata ai sensi della DGR n° 3239/12 e s.m.i.;
- case management rivolto a soggetti con disturbo dello spettro autistico e alle loro famiglie, attivato ai sensi della DGR n° 392/13 e s.m.i.
- misure sostenute con risorse del Fondo Nazionale Non Autosufficienza (FNA) e risorse regionali a supporto del caregiver familiare per il mantenimento al domicilio di persone in condizione di disabilità gravissima e grave. Ultime Delibere regionali riferite all’annualità FNA 2018: n. 1253/2019 e n. 1735/2019;
- sperimentazione di progetti di vita indipendente ed inclusione sociale delle persone con disabilità sostenuta con quota parte di risorse FNA e cofinanziamento di alcuni Ambiti – Protocollo Regione e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- interventi a favore delle persone disabili gravi prive del sostegno familiare in attuazione della L. 112/2017 “Dopo di noi”. DGR n. 6674/2917 Programma operativo regionale DOPO DI NOI con risorse annualità 2016 e 2017.

Regione Lombardia intende concludere e valutare tali sperimentazioni, al fine di stabilizzare e dare continuità agli interventi efficaci.

Nel prossimo quinquennio è necessario fare ulteriori passi avanti nella direzione:

- di definire con le Amministrazioni locali, attraverso i Piani di Zona, progetti per l’inclusione sociale delle persone con disabilità mediante i percorsi sperimentati attraverso i “voucher per l’autonomia e l’inclusione attiva”, declinati e finanziati con risorse comunitarie;
- offrire sostegni alla permanenza al domicilio delle persone con disabilità, coerenti con le diverse fasi del “ciclo di vita”, che si concretizzino in misure specifiche a supporto delle famiglie che le assistono, a promozione di formule di coresidenzialità autogestita, di percorsi di accompagnamento all’autonomia, di vita indipendente, di piena inclusione sociale;
- rafforzare l’intervento a favore di minori con gravissima disabilità, in particolare quelli in “dipendenza vitale”, sviluppando percorsi di affiancamento ai genitori in contesti/ambienti di tipo familiare alternativi all’utilizzo inappropriato dell’ospedale (come, ad esempio, le comunità a lungo sperimentate in Lombardia che ospitano bambini con disabilità gravissime) implementandone l’offerta territoriale;
- assicurare, a livello di cure specialistiche ambulatoriali e ospedaliere, servizi flessibili, personalizzati, capaci di erogare prestazioni con i tempi e le modalità adeguate alle condizioni del paziente disabile (modello DAMA);
- finalizzare le misure previste da FNA e DOPO DI NOI raccordandole e integrandole con l’insieme degli interventi sanitari e/o sociosanitari e/o sociali affinché risorse e sostegni siano orientati a sostenere il Progetto di vita quale reale ed appropriata modalità d’intervento;
- consolidare il ruolo di case-manager a livello territoriale per garantire l’orientamento e il supporto alla persona e alla famiglia, la comunicazione tra gli operatori, la integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali, la costruzione di percorsi di presa in carico e di progetti di vita;

- monitorare i servizi semiresidenziali e residenziali, al fine di renderli sempre più rispondenti alle diversificate esigenze delle persone
- monitorare gli interventi definiti, anche a seguito di provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria, di natura sociosanitaria a favore dei minori vittime di abuso, grave maltrattamento e in situazioni di particolare vulnerabilità inseriti in contesti comunitari;
- tutelare il passaggio alla maggiore età, momento di crisi per la persona e la sua famiglia, per individuare insieme i servizi appropriati e necessari a una dignitosa qualità della vita;
- valorizzare il ruolo del volontariato e del terzo settore.

▪ **Monitoraggio e valutazione**

- La estrema variabilità delle condizioni cliniche, sociali e di autonomia delle persone con disabilità rende estremamente complesso individuare indicatori sintetici ed uniformi per valutare la qualità della assistenza erogata.
- E’ comunque necessario monitorare e valutare i progetti e le sperimentazioni in atto, sia dal punto di vista dei soggetti coinvolti che dei risultati, la qualità e l’appropriatezza dei servizi semiresidenziali e residenziali, la diffusione negli ospedali di modalità strutturate di accoglienza e cura dei soggetti disabili, la implementazione di servizi finalizzati a sostenere la permanenza a domicilio.
- E’ imprescindibile il pieno coinvolgimento delle persone con disabilità, delle famiglie e delle associazioni in un costante monitoraggio e valutazione dei servizi.

PERCORSI DEL PAZIENTE DALL’OSPEDALE AL TERRITORIO

Un sistema sociosanitario che ha come obiettivo la presa in carico degli aspetti sanitari e sociosanitari della persona, declinata nel tempo, deve essere orientato a:

- superare la frammentazione dei servizi tra territorio e ambito specialistico e tra i diversi settori specialistici;
- considerare gli aspetti sociali, famigliari ed economici come determinanti della qualità della vita e della salute;
- garantire la continuità tra la fase della diagnosi, della cura, della riabilitazione e dell’assistenza;
- sostenere la capacità di autogestione del paziente (self management support) e valorizzare le competenze della famiglia;
- promuovere la partecipazione della “community”;
- sviluppare sistemi informativi che facilitino la comunicazione tra i diversi attori del sistema;
- monitorare e valutare continuamente gli esiti in termini di outcome di salute e di costi.

Dimissione Ospedaliera

Per attuare questo programma, è necessario sviluppare percorsi di cura che abbiano come base la valutazione multidimensionale e come finalità l’assistenza olistica della persona, che siano basati su percorsi standardizzati “evidence based” e orientati all’appropriatezza e alla qualità.

I percorsi di cura devono essere individualizzati e possono essere progettati a partire dal territorio o dall’ospedale.

A tal fine vanno implementati in ogni ambito di ricovero i servizi orientati alle “dimissioni protette”, intesi come servizi multiprofessionali con competenze nella valutazione multidimensionale e nel “case management”, capaci di individuare, nel rispetto delle scelte e della famiglia, percorsi di cura post dimissione che possono prevedere il rientro al domicilio con il supporto dell’assistenza domiciliare o con modelli di presa in carico della cronicità, la riabilitazione, le degenze di comunità, percorsi assistenziali per la terminalità, la istituzionalizzazione, servizi residenziali socio-sanitari.

Monitoraggio e valutazione

Ciascun erogatore dovrà evidenziare il numero dei pazienti intercettati e valutati, i pazienti presi in carico dal “case manager” e l’esito del processo di discharge management: rientro a domicilio, inserimento in struttura socio-sanitaria residenziale, attivazione dell’assistenza domiciliare o delle cure palliative, invio alle degenze di comunità etc.

Riabilitazione Specialistica

Le fonti legislative nazionali e regionali hanno ben delineato la necessità di assicurare servizi riabilitativi specialistici dopo eventi acuti cardio respiratori, neurologici, ortopedici.

Tali interventi sono strategici in quanto assicurano il massimo recupero funzionale possibile, soprattutto quando effettuati precocemente e tempestivamente e nel setting assistenziale più appropriato.

Nella ulteriore fase di sviluppo occorre:

- monitorare l’appropriatezza dei ricoveri e la durata degli stessi;
- assicurare l’equità all’accesso anche attraverso modalità di ingresso governate e uniformi;
- orientare l’offerta del sistema ai reali bisogni espressi;
- spostare o completare l’assistenza riabilitativa al domicilio del paziente, sia nella fase precoce (post cardiocirurgica-ortopedica), sia come proseguimento di un periodo di riabilitazione residenziale sia in alternativa ad esso, qualora le condizioni cliniche del paziente non rendano appropriato un intervento residenziale intensivo.

Monitoraggio e valutazione

La riabilitazione specialistica è una risorsa importante nel sistema regionale delle cure, e deve essere utilizzata secondo criteri di appropriatezza, efficienza ed efficacia.

Verranno pertanto monitorati gli indicatori relativi alle caratteristiche dei pazienti ricoverati o presi in carico a livello ambulatoriale o domiciliare, la durata dei ricoveri, l’esito delle cure riabilitative (rientro al domicilio, inserimento in struttura socio-sanitaria residenziale, passaggio ad altri setting assistenziali, ricoveri riabilitativi ripetuti etc, anche al fine di valutare le necessità di risorse riabilitative specialistiche)

Degenze di comunità

Per degenze di comunità intendiamo il complesso sistema delle cure sub acute, post acute, generali geriatriche, intermedie erogate in diversi ambiti assistenziali residenziali, sanitari, sociosanitari e sociali.

La DGR 31.07.2019, n. 2019 a tale riguardo ha disegnato la nuova rete delle degenze di comunità individuandone le caratteristiche sperimentali.

In riferimento a tale sperimentazione, nel prossimo quinquennio è necessario portare a compimento il disegno sperimentale, monitorandone gli esiti, uniformando i criteri e le modalità di accesso e modulando l’offerta sulla reale domanda espressa, promuovendo la continuità con le degenze ospedaliere.

L’evoluzione demografica ed epidemiologica, caratterizzata da una popolazione pluripatologica, cronica e di grandi anziani, richiede una riprogettazione dei tradizionali setting di cura, sperimentando forme di assistenza ambulatoriale e di degenza caratterizzata da bassa intensità diagnostica e assistenziale, dedicata principalmente a una popolazione fragile, cronica, anziana e già ben stadiata dal punto di vista diagnostico, che necessita di un ulteriore periodo di ricovero dopo un evento acuto o sub acuto, o alternativo allo stesso, quando inappropriato.

In tale contesto assume rilevanza l’accompagnamento della persona fragile in dimissione dall’ospedale, accompagnamento finalizzato, anche mediante specifici protocolli di dimissione protetta, a garantire la continuità della presa in carico anche attraverso modalità di collaborazione con strutture residenziali e semiresidenziali che possano sostenere il rientro graduale al domicilio, oppure assicurare al domicilio l’assistenza necessaria.

La gestione di questi servizi può essere affidata in toto o in parte ai medici di famiglia o a infermieri e trovare collocazione in ambiti intraospedalieri, extraospedalieri, nei POT o in RSA e possono differenziarsi per diversa intensità assistenziale e riabilitativa, oltre che per gli obiettivi di salute. Tra queste forme di degenza in ambito sanitario o sociosanitario o sociale sono da evidenziare:

- i POT
- le degenze di comunità
- le forme sperimentali di ricovero in strutture sociali o sociosanitarie quali il progetto PRINGE o il progetto STAR.

Sarà inoltre necessario definire le caratteristiche delle diverse tipologie di degenze di comunità, superando l'attuale frammentazione in degenze subacute e post acute, degenze di comunità, degenze sperimentali in RSA, differenziando finalità, obiettivi, criteri di accreditamento e di valorizzazione delle tariffe, nonché uniformando le modalità di accesso, anche per semplificare le modalità di invio, garantire una maggiore equità ed appropriatezza.

POT

I Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) sono definiti dalla Legge Regionale 23 quali “strutture multiservizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali, sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e di prestazioni ambulatoriali e domiciliari”. Si configurano quindi come strutture territoriali per la gestione ed erogazione di servizi di carattere sanitario e sociosanitario. Dovranno rappresentare un nodo funzionale della rete e operare promuovendo la collaborazione tra i diversi ambiti (Ospedale per acuti, domicilio, servizi ambulatoriali e medicina di famiglia) e favorire la comunicazione tra gli operatori sul singolo percorso. A tal fine, oltre ai medici specialisti, alcune degenze si potranno avvalere dei medici di medicina generale, che partecipano alla gestione clinica dei propri pazienti ricoverati, con differenti livelli di collaborazione nell'ambito di accordi specifici stipulati con la ASST e con l'ATS di riferimento, con ampia autonomia assistenziale e gestionale affidata all'infermiere.

Nel prossimo quinquennio potranno, quindi, essere sperimentate forme di degenza affidate a personale infermieristico, in strutture collocate all'interno di un Ospedale per acuti o in strutture extraospedaliere, e dedicate a pazienti che necessitano di un ulteriore periodo di osservazione e assistenza dopo la risoluzione di un evento acuto.

In tutte queste forme di degenza dovrà essere sviluppato il ruolo di “case management” e di programmazione di percorsi post dimissione e di presa in carico, favorendo, ove possibile, il rientro al domicilio.

PreSST

Al fine di ricomporre i servizi erogati alla persona costruendo un'efficace risposta alle complesse diversificate esigenze del cittadino nelle diverse fasi della vita del malato cronico, occorre rafforzare e sviluppare il PreSST quale luogo appropriato, ben identificabile per la popolazione, di erogazione di servizi e di costruzione di percorsi di cura.

I PreSST dovranno rappresentare l'evoluzione delle funzioni degli ex distretti, con una organizzazione flessibile e una erogazione di prestazioni a ciclo diurno. Devono essere il punto di accesso unico e il primo punto di contatto ai servizi per ogni problema di salute e rappresentare il luogo di incontro di più figure professionali con una forte vocazione al governo della presa in carico e all'integrazione sociosanitaria e sociale. Dovranno assicurare la valutazione multidimensionale e la progettazione di percorsi personalizzati, essere lo snodo tra l'ospedale per acuti, il medico di medicina generale, le strutture territoriali di riabilitazione, le degenze di comunità, l'assistenza domiciliare.

Nel PreSST possono trovare collocazione:

- studi associati di medici di famiglia/PLS;
- attività programmata del medico di medicina generale a favore del paziente cronico, utilizzando in maniera condivisa il supporto infermieristico e strumentazione diagnostica;
- attività specialistica di primo livello, con una forte vocazione alla gestione integrata della cronicità e in stretta collaborazione con la medicina generale;
- diagnostica di primo livello anche con il supporto della telemedicina;
- ambulatori per la cronicità a gestione infermieristica (diabete, BPCO, scompenso cardiaco);
- servizi di informazione, accompagnamento e orientamento del paziente e della famiglia nella rete dei servizi, anche privati, per promuovere il pieno godimento dei diritti e per favorire l'accompagnamento della famiglia in tutto il percorso di cura anche attraverso specifiche azioni di orientamento e supporto.

Monitoraggio e valutazione

I POT e i PreSST richiedono, anche al fine di assicurarne una implementazione omogenea sul territorio, la individuazione di indicatori descrittivi che evidenzino le attività svolte, le risorse utilizzate, il numero e la tipologia dei pazienti trattati, le prestazioni erogate, anche al fine di avviare un bench-marking delle diverse esperienze in atto e per orientare i servizi in modo appropriato ed efficace.

Le degenze di comunità devono essere valutate relativamente alla tempestività dei ricoveri, alla durata media degli stessi, alla provenienza dei pazienti (ospedale, territorio, altri percorsi), nonché alla capacità di garantire una dimissione al domicilio sicura e tutelata.

Cure Domiciliari

Il diritto alle cure presso il proprio domicilio necessita di ulteriori investimenti e progressi. La fascia di popolazione che esprime un bisogno di assistenza domiciliare è in costante espansione. Si stima che le persone anziane nel 2025 saranno il 24,7% della popolazione e di queste circa il 12% saranno non autosufficienti. Il contributo sinora apportato dai caregiver familiari è destinato a diminuire in conseguenza del cambiamento in atto del sistema familiare e della maggiore occupazione femminile. Accanto alla tradizionale offerta consolidata di assistenza domiciliare da parte dei Comuni (SAD), negli ultimi anni si è sviluppata un'offerta innovativa di tipo sociale e sociosanitario (RSA aperta, assistenza informale attraverso le assistenti familiari) che ha determinato una diversa distribuzione dell'utenza nelle diverse tipologie di assistenza al domicilio. La popolazione con demenza in fase meno avanzata e con maggiore autonomia risulta meno assistita. Le strutture residenziali (RSA) ospitano sempre più persone in età decisamente avanzata, con alti livelli di compromissione delle autonomie e della sfera cognitiva e con condizioni complesse dello stato di salute.

. Conseguentemente il potenziamento dell'intensità domiciliare dovrà concretamente:

- allocare i finanziamenti attraverso una negoziazione che, oltre ai criteri su base storica, tenga in considerazione criteri oggettivi relativi ai bisogni, anche al fine di diminuire la disomogeneità nell'offerta dei servizi;
- evidenziare profili di cura rivolti a pazienti complessi, con specifiche necessità (quali ad esempio la dialisi domiciliare, l'assistenza specialistica domiciliare per persone in condizione di dipendenza vitale (es. persone ventiloassistite o con tracheostoma o con nutrizione SNG, PEG o CVC) alimentazione) e identificare gli enti erogatori con caratteristiche gestionali ed organizzative adeguate agli stessi;
- sperimentare forme di assistenza domiciliare di bassa intensità, prolungate nel tempo, erogate in stretta connessione con il medico di famiglia, con finalità di educazione sanitaria, prevenzione del decadimento cognitivo e della cronicità, monitoraggio delle condizioni di salute e individuazione tempestiva delle situazioni di instabilità clinica;
- valutare gli esiti della sperimentazione introdotta con la DGR 7770/2018 al fine di implementare il ruolo di valutazione multidimensionale e di costruzione di percorsi di cura da parte del PreSST e dei servizi di dimissione protetta ospedalieri, con particolare riferimento alle situazioni complesse e ad alta intensità assistenziale.
- occorre affrontare, d'intesa coi comuni il tema dell'assistenza tutelare a favore delle persone disabili e non autosufficienti al fine di integrare il ruolo del care giver familiare realizzando una reale integrazione tra la dimensione sociosanitaria e quella sociale così come ipotizzato al comma 4 del DPCM 12 gennaio 2017.

L'intera filiera delle risposte per gli anziani e per le persone con disabilità andrà progressivamente meglio articolata garantendo la priorità delle cure a domicilio, raccordando gli interventi sociali con quelli sociosanitari e sanitari, anche al fine di fornire supporto alla famiglia così come previsto dai LEA 2017 all'art. 22.

. Risulta inoltre importante procedere con coraggio con le politiche innovative e le sperimentazioni nell'ambito del welfare comunità (reti di prossimità). In questa direzione andrà potenziato, nei PreSST, il ruolo dei "centri di servizio" (servizi di valutazione multidimensionale e per la definizione del progetto di assistenza individuale declinato per le diverse fasi del ciclo di vita) anche nella prospettiva di una necessaria interconnessione e raccordo con i medici di assistenza primaria.

Una nuova politica abitativa per la popolazione anziana e per le persone con disabilità promuovendo soluzioni abitative di Cohousing/Housing, che siano dotate delle più moderne e avanzate tecnologie domotiche (casa intelligente) per renderle pienamente fruibili a persone che vivono anche sole e possono avere compromissioni funzionali.

Possono essere sperimentate queste nuove soluzioni abitative, peraltro già presenti sul territorio regionale, anche all'interno di modelli organizzativi in cui si integra una pluralità di offerta (ad esempio servizi residenziali,

diurni, domiciliari, ambulatoriali) con capacità di assicurare risposte diversificate di carattere sociale e sociosanitario ed offrire soluzioni di “abitare protetto” mediante anche l’uso della domotica. Anche in questo settore la libertà di scelta si coniuga con un potenziamento delle varietà di soluzioni possibili adeguatamente interconnesse.

Monitoraggio e valutazione

La variabilità tra i diversi erogatori di cure domiciliari e la diversa diffusione dei servizi nei territori, impongono la creazione e l’utilizzo costante di un set di indicatori finalizzati a individuare:

- la provenienza delle persone
- le caratteristiche cliniche e sociali
- il livello di autonomia
- le attività e le prestazioni
- la durata e l’esito dei percorsi assistenziali.

Il monitoraggio non può prescindere da interventi valutativi e di controllo effettuati anche al domicilio delle persone, e dalla rilevazione del grado di soddisfazione delle persone e dei famigliari, nonché della valutazione da parte del medico curante, al fine di rendere il servizio efficace e realmente orientato a supportare la domiciliarità delle persone.

Cure Palliative e Hospice

Il modello organizzativo della Rete di Cure Palliative, in coerenza alla riforma attuata con L.R. n.23/2015, promuove forme di governo dei processi di presa in carico e di cura in grado di migliorare e semplificare l’accessibilità ai servizi migliorando le risposte alla specificità dei bisogni dei pazienti della rete. La Rete di Cure palliative prevede la presa in carico proattiva di pazienti attraverso la definizione di un percorso di cura reso appropriato dalla identificazione del bisogno di cure palliative, attraverso la valutazione multidimensionale.

L’attuazione del processo di unificazione ha portato al superamento della dicotomia tra sistema sanitario e sociosanitario e all’identificazione di un unico profilo di hospice e unico profilo di assistenza domiciliare di Cure palliative (UCP-Dom) con l’introduzione di due livelli di intensità assistenziale, di base e specialistico, così come previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 nuovi LEA.

In questo nuovo quadro di riferimento, le azioni saranno finalizzate a fornire risposte appropriate e rispondenti ai differenti bisogni clinico assistenziali, anche attraverso la definizione e l’utilizzo di strumenti che favoriscano una uniforme presa in carico del paziente nella rete di Cure palliative.

Risposte specifiche di intervento saranno rivolte ai minori che si trovino in particolari condizioni di malattia inguaribile e/o terminale e ai loro famigliari anche mediante la valutazione degli esiti dell’iniziativa ex d.g.r. 728/2018;

L’assistenza al fine vita deve includere progressivamente altre categorie di pazienti, oltre ai pazienti oncologici, quali i pazienti affetti da malattie neurodegenerative, cardiorespiratorie con insufficienza renale. A tal fine è necessario:

- proseguire nelle azioni di informazione, sensibilizzazione, formazione rivolte a tutti gli operatori del sistema sociosanitario,
- implementare la collaborazione tra i servizi di cure palliative e gli specialisti che hanno seguito il paziente nelle diverse fasi della malattia;
- valutare le esperienze e promuovere le capacità prognostiche per definire il momento di attivazione delle cure palliative e avviare programmi di symultaneous care.

Monitoraggio e valutazione

La normativa regionale definisce la necessità di creare indicatori che tengano conto degli accessi domiciliari, delle capacità di risposta ai bisogni emergenti ed urgenti, delle prestazioni erogate, della tempestività e intensità della presa in carico, degli esiti intesi come passaggio tra i diversi setting assistenziali, i ricoveri

ospedalieri intercorrenti, il luogo del decesso, anche al fine di assicurare una assistenza di qualità qualsiasi sia l'erogatore che la garantisce.

Particolari indicatori andranno individuati per valutare l'assistenza rivolta ai pazienti cardiorespiratori, neurologici e nefrologici.

Anche in questo settore è indispensabile il pieno coinvolgimento dei pazienti e dei loro famigliari per rilevare il grado di rispondenza del servizio ai bisogni dei malati.

Telemedicina

Al fine di raggiungere l'obiettivo di garantire cure territoriali, di prossimità rispetto al luogo di vita e al domicilio del paziente, gestite prioritariamente dalla medicina di famiglia, è utile garantire servizi di telemedicina adeguati alle esigenze di una popolazione ad alto tasso di anziani e malati cronici.

Il controllo della malattia e il self management stanno cambiando grazie alla crescente diffusione di presidi sempre più affidabili e sicuri, in grado di guidare il paziente e il caregiver nelle opzioni terapeutiche. Permettono inoltre al case manager e al clinico di monitorare le condizioni di salute del paziente e di cogliere tempestivamente, anche attraverso algoritmi sempre più sensibili e potenti, segnali di scompenso delle patologie.

Permettono quindi di erogare una assistenza efficiente e sicura anche a distanza.

Un uso appropriato di queste tecnologie permette una migliore qualità della vita, oltre che un contenimento dei costi.

Oltre al domicilio, queste tecnologie possono rappresentare un valido supporto alla gestione di malati anche complessi nell'ambito di strutture di degenza low-care (Ospedali di comunità, degenze di comunità, POT, degenze a gestione infermieristica, istituti penitenziari) di ambulatori dedicati alla cronicità, di strutture residenziali sociali.

Tra le diverse forme di telemedicina sono di particolare interesse la tele radiologia, la telecardiologia, la teleassistenza di malati respiratori, la tele riabilitazione e il teleconsulto.

Per lo sviluppo di queste tecnologie, occorre garantire:

- una connettività affidabile;
- la sicurezza nel trasferimento di dati sensibili;
- la formazione dei pazienti, dei caregiver, degli operatori sanitari;
- una sinergia tra organizzazioni sanitarie e università per lo sviluppo della tecnologia.

Monitoraggio e valutazione

La innovatività dei sistemi di telemedicina impone una attenta valutazione che sia orientata a valutare:

- la capacità di questi presidi a contribuire a mantenere a domicilio i pazienti
- il numero di ricoveri e di accessi al pronto soccorso
- la individuazione precoce di segni e sintomi di scompenso della patologia cronica
- la capacità di self-management dei pazienti
- la sostenibilità economica del processo.

Piano per le demenze

A fronte di una domanda di diagnosi, cura, riabilitazione e assistenza a favore di soggetti affetti da demenza, permangono difficoltà a garantire percorsi di presa in carico dei soggetti con demenza dalle fasi iniziali della malattia e fino al fine vita in un continuum di interventi che assicurino accessibilità, appropriatezza e qualità.

Il Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) già istituito dovrà sviluppare i seguenti temi:

- analisi dei dati, con particolare riferimento alla malattia di Alzheimer, anche attraverso l'istituzione di specifici registri,
- definizione e condivisione di PDTA che assicurino appropriatezza e sostenibilità delle cure;
- ruolo del Medico di medicina generale in particolare nelle fasi precoci e di sospetto diagnostico, per l'appropriato invio ai CDCD e la cura delle copatologie;
- creazione di una rete di CDCD che facilitino l'accessibilità alla diagnosi, cura e monitoraggio della malattia, anche attraverso l'utilizzo di numeri verdi dedicati,
- coordinamento tra i servizi sanitari, sociosanitari, assistenziali e sociali;

- sviluppo di servizi che permettano la permanenza dei malati al domicilio il più a lungo possibile e supportino la famiglia e il care-giver anche in raccordo con le misure FNA e ad esempio potenziando i gruppi di mutuo aiuto tra famiglie presso i Consultori);
- individuazione di soluzioni semiresidenziali e residenziali specifiche e innovative;
- sviluppo di un sistema informativo adeguato alle necessità di comunicazione tra setting di cura e assistenza;
- collaborazione con gli Enti Locali e le Associazioni di volontariato e mutuo aiuto per integrare le risposte ai bisogni complessi espressi e sostenere le famiglie e i care giver;
- monitorare i risultati, le sperimentazioni in atto, le criticità emergenti.

Piano per l'autismo

Nonostante i notevoli investimenti di Regione Lombardia per offrire risposte ai bisogni dei soggetti affetti da disturbi dello spettro autistico, i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza e inserimento sociale sono ancora troppo spesso frammentati e il carico per integrare le risposte in un percorso unitario ricadono ancora sulle famiglie.

Numerose sono le sperimentazioni in ambito sociosanitario che hanno proposto soluzioni innovative ai complessi bisogni delle persone e dei loro famigliari: è necessario sistematizzare gli interventi valutati efficaci e sostenibili e assicurarne l'accessibilità in tutto il territorio.

In particolare emergono difficoltà nella gestione della transizione dalla minore alla maggiore età e nella cura dei disturbi del comportamento di soggetti adulti con disturbo autistico ad alto funzionamento.

Il GAT regionale, promuovendo la massima integrazione delle professionalità e specialità che operano in questo ambito, dovrà proporre soluzioni nei seguenti ambiti:

- diagnosi precoce, attraverso il coinvolgimento strutturato dei Pediatri di Libera Scelta (bilanci di salute), dei consultori, degli educatori dei nidi e degli insegnanti della scuola dell'infanzia;
- presa in carico tempestiva riabilitativa da parte della rete di servizi di NPIA e di riabilitazione territoriale (ex art 26, L. 833/1978)
- valorizzazione del ruolo e delle competenze della famiglia e delle Associazioni, anche per una puntuale rilevazione dei bisogni;
- continuità dei percorsi tra diagnosi, cura, riabilitazione , assistenza, inserimento scolastico e sociale, in continuità nelle diverse età della vita e con attenzione alla personalizzazione dei progetti;
- collaborazione con i servizi di salute mentale con particolare riferimento alla gestione dei disturbi del comportamento;
- gestione delle comorbidità spesso associate al disturbo autistico;
- sistema informativo finalizzato a garantire il passaggio delle informazioni tra operatori e servizi;
- analisi epidemiologica, anche attraverso l'istituzione di specifici registri
- monitoraggio continuo dei dati e degli ambiti di miglioramento.

Monitoraggio e valutazione

La definizione di specifici indicatori e la valutazione degli esiti, nonché la valutazione della sostenibilità economica dei servizi, sono elementi imprescindibili dalla implementazione e attuazione degli specifici piani.

RETE SOCIO SANITARIA

Il sistema dei servizi sociosanitari lombardi si caratterizza per una riconosciuta elevata qualità, che lo ha reso un punto di riferimento del sistema di welfare a livello nazionale.

Il sistema sociosanitario lombardo si sta da tempo orientando verso un progressivo spostamento dei servizi dall'ospedale al territorio, rafforzando nel contempo l'integrazione tra i due ambiti.

In questa prospettiva, la rete dei servizi sociosanitari ha un ruolo chiave ed insostituibile nella attuazione dei percorsi di assistenza e cura rivolti in particolare alla presa in carico dei soggetti fragili.

La rete delle unità d'offerta sociosanitarie comprende servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari rivolti:

- agli anziani: residenze sanitarie assistenziali (RSA) e centri diurni integrati (CDI)
- ai disabili: residenze sanitarie assistenziali per disabili (RSD), comunità socio sanitarie per disabili (CSS), centri diurni disabili (CDD)
- alle famiglie: consultori familiari
- alla fase terminale della vita: hospice e cure palliative domiciliari
- ai soggetti affetti da dipendenze patologiche: servizi territoriali, comunità, servizi diurni
- ai soggetti fragili in generale: assistenza domiciliare integrata (ADI) e degenze di comunità.

Si tratta di una rete di servizi capillarmente diffusa sul territorio regionale, a cui è necessario dare nel prossimo futuro ulteriore impulso e sviluppo.

Lo sviluppo della rete si articolerà sui seguenti ambiti:

- rafforzare gli interventi a sostegno della domiciliarità, essendo questo il livello assistenziale in cui maggiormente si integrano i servizi della rete informale con effetti positivi in termini di qualità di vita e sostenibilità rispetto all'evoluzione dei bisogni;
- assicurare, anche attraverso la stabilizzazione delle sperimentazioni in essere, la "presa in carico" globale, integrata e flessibile destinata a:
 - sostenere la domiciliarità delle persone anziane con disabilità complesse;
 - sviluppare percorsi di supporto alla domiciliarità attraverso specifiche misure di sostegno del caregiver familiare
 - assicurare forme di "residenzialità protetta/assistita" – intermedie tra domicilio e Struttura residenziale - capaci di ritardare il più possibile il ricovero in Struttura residenziale sostenendo le capacità residue o percorsi di vita autonoma;
 - favorire l'apertura delle strutture residenziali a persone che vivono al proprio domicilio e presentano bisogni complessi non affrontabili da parte della tradizionale rete territoriale dei servizi semiresidenziali;
 - favorire forme di accoglienza "temporanea" volta a sostenere specifiche esigenze del care giver sia familiare che professionale;
 - assicurare, anche attraverso una revisione degli attuali standard gestionali dei servizi dedicati agli anziani e alle persone con disabilità, risposte più mirate.

Misure a favore della popolazione fragile

Si tratta di forme di intervento, innovative e flessibili, finalizzate alla presa in carico di anziani e minori, in condizioni peculiari di fragilità e/o vulnerabilità nonché al contemporaneo sostegno del nucleo familiare nelle sue funzioni di accudimento e cura. In particolare per la popolazione anziana risultano attive le misure residenzialità assistita, RSA aperta e residenzialità assistita per religiosi/e mentre per i minori sono in essere le misure residenzialità per disabili gravissimi e comunità per vittime di abuso e grave maltrattamento. Attraverso tali misure vengono erogati servizi/prestazioni in risposta a bisogni che, per le loro peculiarità, non trovano soluzione all'interno della rete consolidata dei servizi. Nello specifico:

- la misura Residenzialità assistita si rivolge a:
 - persone anziane fragili, residenti in Lombardia e prioritariamente al proprio domicilio, di età di norma pari o superiore ai 65aa, anche con patologie croniche, anche di tipo psichiatrico,

stabilizzate, che si trovano in condizione di difficoltà e/o isolamento per la mancanza di una rete in grado di fornire un adeguato supporto al domicilio e che necessitano di supervisione/care management e di prestazioni sociosanitarie in un ambiente di tipo familiare e/o socializzante;

- religiosi/e anziani/e non autosufficienti che, in ragione della loro specifica e particolare storia di vita comunitaria, vengono assistiti presso la loro dimora abituale, convento o comunità religiosa;
- la misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità è rivolta a minori in condizioni di stabilità clinica, che necessitano di assistenza continua, sanitaria e tutelare, nell'arco delle 24 ore, che non può essere, di norma, garantita nel proprio contesto di vita;
- la RSA aperta è una misura rivolta a persone con demenza certificata e ad anziani non autosufficienti di età pari o superiore a 75 anni, riconosciuti invalidi civili al 100%. Si caratterizza per l'offerta di interventi di natura prioritariamente sociosanitaria, finalizzati a supportare la permanenza al domicilio e a sostenere il mantenimento, il più a lungo possibile, delle capacità residue delle persone beneficiarie, rallentando, ove possibile, il decadimento delle diverse funzioni, evitando e/o ritardando il ricorso al ricovero definitivo in struttura. La misura intende offrire inoltre un sostegno al caregiver nell'espletamento delle attività di assistenza;
- la misura per minori vittime di abuso e/o di grave maltrattamento è finalizzata ad assicurare prestazioni di natura sociosanitaria nel percorso di protezione/tutela e recupero del minore, allontanato su provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, inserito all'interno di strutture comunitarie.

Nel completamento del processo di stabilizzazione delle misure sarà data specifica attenzione al rafforzamento dell'integrazione della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali e verrà sostenuto l'obiettivo della prossimità dei servizi/interventi in un'ottica di facilitazione e sostegno alla famiglia.

In relazione alle diverse misure e ai relativi target di popolazione, verranno perseguiti i seguenti obiettivi specifici:

- implementazione dei servizi di RSA aperta a sostegno della domiciliarità;
- consolidamento ed eventuale implementazione dei servizi di RSA aperta, dedicati alla popolazione affetta da demenza;
- rimodulazione dell'offerta dei servizi di residenzialità assistita a sostegno della popolazione anziana vulnerabile e fragile anche attraverso l'eventuale ridefinizione delle tipologie di unità d'offerta alla stessa destinate e valutazione degli esiti dei cosiddetti "percorsi di autonomia" finanziati con risorse comunitarie mediante voucher individualizzati per l'accesso ai servizi;
- consolidamento dell'offerta di residenzialità a favore di religiosi/e anziani/e non autosufficienti;
- consolidamento e rafforzamento della misura a favore dei minori con gravissima disabilità al fine di assicurare il mantenimento e la continuità della presa in carico del minore in un ambiente di tipo familiare, alternativo all'ospedale;
- monitoraggio degli interventi di natura sociosanitaria a favore dei minori vittime di abuso e grave maltrattamento inseriti in contesti comunitari.

Monitoraggio e valutazione

E' necessario individuare indicatori specifici e sintetici quali:

- Numero dei soggetti e delle famiglie coinvolte
- Durata della permanenza in ambito domiciliare o semiresidenziale
- Caratteristiche cliniche sociosanitarie e sociali dei beneficiari

anche al fine di orientare lo sviluppo dei servizi e di consolidare le misure proposte

Sperimentazioni

Nell'ambito regionale lombardo sono in essere diverse progettualità sperimentali che fanno riferimento ai sotto riportati ambiti:

- riabilitazione di soggetti disabili, prevalentemente di minore età, attivate ai sensi della DGR n. 3239/12 e s.m.i.;
- case management rivolte a soggetti con disturbi dello spettro autistico e alle loro famiglie, attivate ai sensi della DGR n. 392/13 e s.m.i.

Regione Lombardia si impegna a portare a compimento il processo di stabilizzazione al fine di garantire la continuità degli interventi.

Integrazione con le Politiche Sociali

È necessario premettere che le prestazioni sociosanitarie si rivolgono a persone definite “fragili” sul piano psico-fisico, per le quali la struttura della salute deve contenere risposte anche sotto il profilo ambientale, familiare e delle condizioni economiche. Se gli interventi di cura non sono adeguatamente supportati da azioni che facilitano il mantenimento/reinserimento nell'ambiente di vita, la loro efficacia è limitata e rimane aperto il problema della vulnerabilità sociale.

L'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari e sociosanitari diventa quindi una necessità “imperativa” per organizzare risposte globali e integrate, così come la governance istituzionale deve guidare i processi che stanno alla base della tutela della salute e della qualità di vita delle persone fragili.

L'integrazione sociosanitaria diventa un obiettivo non più procrastinabile e diventa essenziale il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, sulla base di progetti assistenziali personalizzati. Il raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie consente di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati, con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio.

I bisogni complessi richiedono una valutazione che tenga conto di diversi aspetti, situazione psico-fisica della persona con particolare riferimento all'autonomia funzionale, contesto di vita e di relazione, risorse reddituali e tutto questo richiede un approccio multidimensionale.

Scopo primario della valutazione multidimensionale è la misurazione dello stato di salute della persona, del grado di autonomia e di autosufficienza, delle risorse personali e familiari sulle quali può contare e delle condizioni economiche che possono condizionare, qualora non autosufficiente, la sua permanenza nell'ambiente di vita. Dalla valutazione multidimensionale deriva la formulazione del Progetto Individuale.

Gli indirizzi regionali degli ultimi anni si sono mossi per l'appunto in questa direzione, strutturando il sistema lungo due direttrici principali:

- la presa in carico globale della persona;
- la differenziazione delle risposte in relazione ai bisogni della persona e della famiglia.

Tali direttrici trovano il loro fondamento da un lato sulla rete consolidata di unità di offerta e/o di servizi, costituente il primo pilastro del welfare, e dall'altro insieme di risposte integrate, flessibili e modulabili governate dal sistema. In questi anni diversi provvedimenti regionali affrontando il tema della disabilità, della fragilità e della vulnerabilità, hanno posto l'obiettivo prioritario di adeguare il sistema sociosanitario lombardo alle nuove complessità emergenti, fornendo risposte innovative, flessibili e appropriate alle persone fragili, in molti casi non prese in carico dalla tradizionale rete dei servizi.

In coerenza con quanto stabilito dalla norma regionale per realizzare l'integrazione dovrà essere ulteriormente sistematizzata la dimensione centrale della presa in carico della persona basata sulla valutazione multidimensionale del bisogno.

Le persone fragili e le loro famiglie possono quindi trovare risposte, non solo nella rete consolidata afferente al sistema sociale o al sistema sociosanitario, ma anche in percorsi personalizzati flessibili e integrati che si affiancano al sistema d'offerta standardizzato e non sono catalogabili come appartenenti esclusivamente ad uno dei due sistemi.

Nel quadro normativo definito dalla l.r. n. 23/2015 occorre adottare strumenti e modalità di regolamentazione relativamente alla governance e ai modelli organizzativi anche territoriali ed un riallineamento tra i livelli della programmazione sociale con quelli della programmazione sociosanitaria.

L'integrazione della Rete Sociosanitaria con le politiche sociali ha lo scopo di mantenere la persona fragile nel proprio contesto di vita, valorizzando anche il lavoro di cura e di assistenza svolto dalla famiglia e dai caregiver formali.

In tale contesto, le ATS svolgono un ruolo di governance su molte attività anche di carattere sociale, sia per la necessità di rispondere contestualmente anche a bisogni socio – sanitari, sia per prevenire l'evolversi della vulnerabilità sociale in fragilità sociosanitaria e/o sanitaria o ancora per la indispensabilità di promuovere sinergie ed integrazione delle professionalità e delle competenze al fine di realizzare un progetto personalizzato adeguato e corrispondente ai bisogni della persona.

Nell'ambito della presa in carico integrata delle fragilità devono trovare posto ad esempio le demenze, la disabilità con particolare riferimento ai minori (e/o adolescenti (autismo, disturbi comportamentali dello sviluppo, difficoltà relazionali, vittime di bullismo ecc.), le problematiche di salute mentale con doppia diagnosi di dipendenza ovvero in situazione di grave marginalità, persone affette da ludopatia, percorsi specifici di sostegno alla donna vittima di violenza ecc. Sono bisogni necessitanti di assistenza e interventi flessibili, valutazione degli aspetti sociali, sociosanitari e sanitari, integrazione delle professionalità e delle competenze e sviluppo di un progetto personalizzato che tocchi tutte le dimensioni di vita della persona e della sua famiglia, con identificazione di un budget di cura e la definizione di costi standard di prestazioni/interventi.

La Governance dell'integrazione

Nella prospettiva sopra descritta, la l.r. 23/2015 ha avviato un riordino complessivo del sistema di welfare regionale con l'obiettivo di riformare i pilastri organizzativi del sistema, definire nuove strategie di lungo periodo e consolidare il quadro della governance per offrire nuove risposte ai bisogni complessi, rafforzare la dimensione della programmazione e potenziare il livello di integrazione tra i settori sanitario, sociosanitario e sociale.

Due in particolare sono gli strumenti individuati: "Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali" e l'attribuzione alla Cabina di Regia di "funzioni consultive rispetto alle attività del Dipartimento".

In tal modo, si realizza un potenziamento della funzione di governance dell'ATS che, nella costante interlocuzione con i comuni associati (Piani di Zona), vede rafforzato il ruolo di regia su molte attività di carattere sociale, anche in funzione della promozione di sinergie e integrazione delle professionalità e delle competenze al fine di realizzare piani di intervento assistenziali individuali adeguati e corrispondenti ai bisogni della persona.

La Cabina di Regia risponde così alle necessità di integrare operativamente la rete socio-sanitaria con quella sociale e costruire risposte unitarie ai bisogni espressi dal territorio.

Monitoraggio e valutazione

Sono da prevedere interventi di valutazione degli accordi e dei progetti integrati sanitari, sociosanitari e sociali, anche sperimentali. Vanno potenziate le attività di valutazione multidimensionale integrata con la partecipazione di ASST e Ambiti territoriali/Comuni e la predisposizione del Progetto individuale con relativo Budget.

SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

Integrazione

Uno degli aspetti più innovativi della L.R. 23/2015 è certamente quello di aver creato una forte connessione tra Ospedale e Territorio anche per ambiti che precedentemente afferivano a Aziende differenti: Psichiatria, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Psicologia Clinica e Dipendenze operavano senza che fosse prevista una gestione comune e coordinata dei pazienti multiproblematici. La L.R. 15/2016 – procedendo in questa integrazione – ha designato all'interno delle ASST un unico contenitore a cui afferiscono gli specifici Servizi: il DSMD (Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze) che ha quale mission la gestione unitaria dei diversi aspetti della salute psichica, nella certezza che cure meno parcellizzate e frammentate costituiranno per i pazienti e i loro familiari un indubbio vantaggio.

In linea con tali indirizzi, per la prima volta, il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019 affronta congiuntamente tali ambiti dando effettiva attuazione agli innovativi presupposti normativi e organizzativi e individuando aree di programmazione e intervento comuni per il sistema di cure di una delle fasce più fragili e, al tempo stesso, più giovani della popolazione.

L'approccio coordinato ha quali obiettivi prioritari il miglioramento della qualità delle cure offerte, il raggiungimento di maggiori risultati sia in termini di risoluzione delle problematiche che di decorso delle patologie, la diminuzione dei costi della malattia psichica a livello personale, familiare, sociale e, in definitiva, anche economico

Vengono di seguito indicati 4 indirizzi prioritari, comuni per Salute Mentale e Dipendenze – che dovranno costituire oggetto di riflessione e riorganizzazione per promuovere un profondo mutamento culturale:

Implementare Diagnosi precoce e interventi tempestivi

I Servizi Psichiatrici, le UONPIA e i Servizi per le Dipendenze condividono un'importante problematica: i lunghissimi tempi di latenza tra la comparsa dei primi sintomi e l'inizio delle cure; questo periodo di "malattia non trattata" incide fortemente sugli esiti delle cure, peggiorandone la prognosi, il decorso e la mortalità.

L'integrazione tra Salute Mentale e Dipendenze rappresenta un'occasione unica per attuare un importante cambiamento culturale e organizzativo, ricollocando i Servizi sulle prime fasi della malattia, quando le possibilità di modificare la storia della persona sono molto più elevate: diagnosi precoce e intervento tempestivo devono diventare i 2 paradigmi entro cui declinare le possibilità di intervento per aumentare il numero delle guarigioni, migliorare il decorso, evitare la cronicizzazione.

I pazienti nelle fasi più avanzate della malattia – su cui oggi i Servizi sono fortemente impegnati e investono la maggior parte delle energie – continueranno a essere seguiti adeguatamente, ma si cercherà in ottica programmatica di spostare parte delle risorse su possibilità di aggancio precoce, proprio per diminuire in futuro la popolazione di persone in situazione di cronicità.

Rivedere il concetto di cronicità

In ottica programmatica è importante non confondere l'intervento tardivo con la natura della patologia e tenere nella giusta considerazione i risultati ottenuti sia in relazione alle guarigioni, sia in relazione ai miglioramenti nel decorso per organizzare i Servizi con una maggior centratura sulle fasce giovanili della popolazione e diffondere una cultura meno pregiudiziale e stigmatizzante.

Combattere pregiudizio e stigma

L'OMS individua nel pregiudizio e nella paura che ancora connotano le patologie dell'area psichica uno dei principali fattori di ritardo nell'inizio delle cure, ostacolo a un approccio più realistico e positivo.

La motivazione dei pazienti e dei loro familiari è fortemente minata da false credenze e scarse conoscenze che portano a pensare che non ci sia alcuna possibilità di risoluzione.

Ancora più cruciale risulta l'atteggiamento degli operatori sanitari che spesso sono i primi a esitare di fronte alla possibilità di riconoscere precocemente la patologia e ad effettuare corretti invii ai Servizi di cura.

Sono necessarie azioni trasversali di formazione e conoscenza tra i differenti operatori dei DSMD e, più in generale, tra gli operatori sanitari per promuovere un forte cambiamento culturale.

Potenziare la fiducia nei Servizi e nelle possibilità di cura

La riorganizzazione e l'integrazione tra Servizi per la Salute Mentale e Servizi per le Dipendenze delineata dal quadro normativo può essere un'importante occasione per creare un nuovo patto fiduciario tra Servizi e popolazione.

Lo sforzo organizzativo deve essere teso a generare un circolo virtuoso in cui l'intervento precoce dimostri la possibilità di ottenere risultati, diffondendo un approccio più realistico e ottimista e creando la fiducia imprescindibile per avviare qualsiasi percorso terapeutico, in particolare nell'area della salute mentale.

I servizi rivolti agli adolescenti, caratterizzati da multidisciplinarietà e multi professionalità, capacità di risposte differenziate e flessibili, che superano le artificiose separazioni basate sull'età o sulla patologia prevalente, con una forte tensione alla integrazione, alla tempestività, ne rappresentano un esempio da sperimentare e monitorare

Le azioni fondamentali per attuare quanto sopra esplicitato sono:

- attivare iniziative di comunicazione - anche attraverso i media – per modificare l'attuale percezione pessimistica e priva di prospettive della patologia psichica, in particolare delle dipendenze;
- lavorare in stretta connessione con l'ambito preventivo soprattutto per quanto riguarda la prevenzione selettiva e indicata, ma anche per diffondere informazioni relativamente al sistema dei Servizi di Cura;
- formare gli operatori sociosanitari dello specifico settore, ma in generale anche degli altri ambiti;
- potenziare l'operatività dei Servizi sulle fasce giovanili facendoli transitare dall'attuale prevalente impegno di risorse sui pazienti nelle fasi più avanzate della patologia all'intercettazione precoce e al trattamento tempestivo, multidisciplinare e integrato mediante prestazioni/interventi a costi standard definiti con l'utilizzo di risorse comunitarie, derivanti da analisi di quanto realizzato negli anni attraverso progetti di "prevenzione e limitazione dei rischi" specialmente nei luoghi del divertimento e dell'aggregazione giovanile.

Indicazioni Specifiche

Vengono di seguito indicate sintetiche note specifiche per i singoli ambiti.

Psichiatria

La principale problematica relativa all'ambito psichiatrico riguarda il fatto che attualmente oltre il 70% della spesa riguarda il sistema della residenzialità, sistema che coinvolge meno del 5% dei pazienti in carico ai DSMD. Tale organizzazione non risponde alle esigenze della maggior parte dei pazienti, ma soprattutto si trova spesso a vicariare bisogni sociali, a trattare patologie organiche non di pertinenza psichiatrica, a risolvere problematiche relative all'età avanzata dei pazienti con modalità poco flessibili e non appropriate.

È indicazione prioritaria la revisione della residenzialità e l'individuazione di meccanismi più flessibili e centrati sui percorsi (ad es sperimentazioni budget di salute) che riportino l'asse dell'intervento sulla territorialità.

Le stesse risorse oggi interamente dedicate alla residenzialità possono essere utilizzate per seguire un maggior numero di pazienti sul territorio in modo intensivo e al tempo stesso, attraverso un circuito virtuoso, liberare posti in Comunità per i pazienti in fase acuta o critica che non sempre trovano un'adeguata collocazione nella realtà attuale.

Al fine di realizzare concretamente un efficiente servizio di cure territoriali, è necessario riorganizzare i Centri Psicosociali, rafforzandone le competenze, differenziando i percorsi e l'organizzazione anche a seconda della tipologia dei pazienti che vi accedono, definendo i ruoli e l'autonomia gestionale dei diversi operatori sanitari e rafforzando le competenze di "case management".

Il trattamento delle persone affette da disturbo psichico ed il loro percorso riabilitativo potrà dirsi completo quando consentirà una restituzione del soggetto ad una legittima dimensione sociale nel rispetto di un diritto di cittadinanza che ne valorizzi gli aspetti umani e produttivi in relazione all'individuale grado di funzionamento. A tale scopo i servizi del DSMD dovranno costruire e consolidare i rapporti con le diverse agenzie presenti sul territorio (istituzionali, formali, imprenditoriali, associazionistiche) allo scopo di favorire l'orientamento e diversi percorsi di inserimento lavorativo per promuovere l'autonomia sociale ed economica delle persone fragili.

Altre problematiche su cui l'ambito psichiatrico deve focalizzare l'attenzione riguarda i disturbi della personalità, i disturbi dell'umore (in particolare la depressione perinatale), i disturbi emotivi cercando sempre uno sguardo preventivo per il riconoscimento precoce e il tempestivo intervento multidisciplinare.

Il periodo della gravidanza e dei primi mesi di vita del bambino costituisce una finestra significativa per cogliere le situazioni di rischio psichico e psicosociale. L'intercettazione di fragilità in tale periodo, e di conseguenza il relativo trattamento, è realizzabile a fronte di un coordinato intervento tra diversi servizi e professionalità (DSMD, Consulitori, servizi dell'ambito materno infantile, servizi sociali). La conoscenza e l'identificazione dei fattori di rischio soggettivi e famigliari può favorire l'intervento tempestivo in contesti specifici e in soggetti precocemente intercettabili.

Di particolare gravosità risulta la gestione dei Disturbi di Personalità, che in questi ultimi anni si sono rivelati particolarmente incidenti. Le Unità Operative e i Servizi che afferiscono ai DSMD devono raccordare la propria attività al fine di mettere in campo azioni integrate tra professionisti limitando la frammentazione della risposta socio sanitaria che spesso si traduce nella mancata aderenza al trattamento con compromissione dell'esito in salute.

La maggior parte dei pazienti trattati nel circuito psichiatrico è, e sempre più lo sarà in futuro, anche utilizzatore di sostanze: il superamento del concetto di Doppia Diagnosi e la necessità di un approccio integrato basato sulla centralità della persona è ben rappresentato dalla "Carta dei Servizi dei Pazienti con Disturbi Psichiatrici e Disturbi da Uso di Sostanze e Addiction" (Roma Ottobre 2017) redatta dalle tre principali Società Scientifiche del settore.

A tale documento si rimanda per le indicazioni organizzative e operative relative alla presa in carico e al trattamento dei pazienti.

Dipendenze

L'inserimento del Disturbo da Gioco d'Azzardo nei LEA 2017 ha sancito il diritto al trattamento dei pazienti affetti da tale patologia presso i Servizi per le Dipendenze prevedendo anche la possibilità di trattamenti residenziali. Regione Lombardia – che già nel 2013 aveva promulgato una specifica normativa (L.R. n° 8/2013 "Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico") - ha varato un Programma di Attività per il Contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico (Deliberazione n° XI/585 del 1/10/2018).

Una specifica emergenza che vede impegnato l'ambito sanitario e socio-sanitario, ma anche quello dell'ordine pubblico e della sicurezza sociale, è una nuova modalità di diffusione delle sostanze attraverso i parchi (la zona di Rogoredo in particolare, ma purtroppo anche altri territori lombardi).

Il Piano elaborato a Milano - che ha visto il coinvolgimento delle massime Autorità cittadine - e che verrà strettamente monitorato nei suoi esiti costituirà un modello di riferimento e riflessione, eventualmente esportabile anche in altre zone.

A tale proposito, risulta di fondamentale importanza attrezzare i Laboratori dedicati alle analisi tossicologiche rispetto alla ricerca delle nuove sostanze per permettere un intervento mirato e tempestivo.

Un'altra innovazione che appare indispensabile nella filiera degli interventi per le dipendenze è la possibilità di ricovero per disintossicazione e/o osservazione diagnostica in ambiente protetto che attualmente avviene impropriamente negli SPDC o, addirittura, in Reparti di Pediatria. L'accesso dal PS di giovani in stato di evidente alterazione o di overdose non può essere oggetto di un intervento terapeutico che ha quale obiettivo una veloce dimissione che non contribuisce a rendere consapevole il ragazzo e i propri familiari della gravità del problema.

NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

L'investimento nell'ambito dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e adolescenza è reso strategico da importanti fattori quali l'elevata prevalenza complessiva (tra il 10 ed il 20% della popolazione 0-17 aa); la specificità del neuro sviluppo; l'impatto rilevante sulla salute della popolazione infantile e della futura popolazione adulta e sugli anni vissuti con disabilità con i conseguenti costi emotivi, sanitari e sociali; le nuove conoscenze nell'ambito delle neuroscienze che oggi permettono diagnosi tempestive e interventi terapeutici e riabilitativi efficaci. Tra gli obiettivi prioritari sono da considerare:

- L'introduzione di criteri di priorità mirati per gli accessi e per gli interventi terapeutici (triage), che tengano in considerazione età, profilo di funzionamento, comorbidità, fattori di rischio, modulando di conseguenza tempestività, intensità e specificità degli interventi e ponendo particolare attenzione ai primi anni di vita, all'età pre-adolescenziale, alle fasi di transizione e agli interventi sul contesto di vita;

- Il completamento della rete coordinata prevista tra UONPIA e riabilitazione per l'età evolutiva, e la strutturazione di network per i principali disturbi NPIA, secondo il modello già in atto per l'ADHD;
- L'introduzione di interventi di telemedicina e teleriabilitazione;
- Il completamento di un sistema integrato di risposta all'acuzie psichiatrica in adolescenza, che garantisca in modo omogeneo ed appropriato la gestione di base nell'ambito nella rete dell'emergenza-urgenza, e la gestione specialistica e la necessità di ricovero in alcuni punti di secondo livello, attivando inoltre interventi appropriati per la gestione della pre e post acuzie nei territori
- L'implementazione di risposte differenziate in base ai livelli di complessità e tecnologia necessari nelle patologie neurologiche dell'età evolutiva.
- Una puntuale attenzione al tema della continuità assistenziale nel delicato passaggio alla maggiore età dei minori presi in carico anche attraverso strutture finalizzate.

Monitoraggio e Valutazione

La forte componente innovativa che connota l'integrazione di aree in precedenza afferenti ad ambiti diversi necessita di uno stretto monitoraggio per valutare gli esiti di tale processo.

Tale monitoraggio non può prescindere dall'analisi coordinata dei flussi informativi che per alcune aree (Psichiatria e Dipendenze) risultano già consolidati negli anni e che devono invece essere implementati per l'area della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.

La possibilità di incrociare e di far "parlare" i vari sistemi fra loro risulta imprescindibile in particolare per l'intervento sui giovani che vede spesso coinvolte contemporaneamente le 3 aree citate.

Anche le sperimentazioni in atto (Piano GAP, Autismo, Budget di Salute ecc) devono essere oggetto di attenta valutazione come peraltro previsto nelle relative progettualità

SANITA' PENITENZIARIA

La sanità penitenziaria ricomprende servizi di medicina generale, di pronto intervento, di medicina specialistica, di salute mentale e per le dipendenze.

Proprio in ambito carcerario è necessario sviluppare i massimi livelli di integrazione tra salute mentale e dipendenze.

Il Decreto Legislativo 230/1999 «Riordino della medicina penitenziaria», prevede che «I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e specifici di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali ed in quelli locali»

Dal 2008, in Italia, la competenza dell'assistenza sanitaria presso gli Istituti Penitenziari è stata trasferita dalla Amministrazione Penitenziaria al SSN (D.P.C.M. 01 aprile 2008).

Per quanto sopra esposto, si ritiene che per l'assistenza sanitaria penitenziaria debbano essere utilizzate principalmente le "regole" proprie del sistema sanitario, che sono essenzialmente cliniche. Si farà riferimento ai LEA, sarà privilegiata la medicina d'iniziativa rispetto alla anacronistica medicina di attesa, che fa riferimento alle richieste dei detenuti, sarà rispettata l'appropriatezza delle prestazioni, saranno adottate priorità cliniche per le prestazioni, ecc., tutto ciò nel rispetto comunque della specificità dei diritti dei detenuti e delle necessità della Amministrazione Penitenziaria.

In Regione Lombardia, successivamente al 2008, sono stati emanati alcuni Decreti che regolamentano la organizzazione sanitaria all'interno delle carceri lombarde. L'ultimo di questi è la Deliberazione della Giunta regionale n° X/4716 del 13/01/2016 "La rete regionale dei servizi sanitari penitenziari. definizione e linee di indirizzo operative secondo le previsioni di cui all'accordo conferenza unificata sottoscritto in data 22/01/2015, REP. ATTI N./3CU", che è stata siglata sia da rappresentanti della Regione Lombardia, sia da rappresentanti della Amministrazione Penitenziaria.

Occorre proporre e condurre azioni di sviluppo, in accordo con la Amministrazione Penitenziaria, in diversi ambiti:

- ambito formativo: promuovere interventi che coinvolgano tutti gli operatori sanitari e, a seconda dei temi trattati, anche gli operatori penitenziari;
- ambito della assistenza di base: a causa della presenza di detenuti con patologie croniche, è necessario implementare azioni per l'individuazione di fattori di rischio e di diagnosi precoce e interventi di presa in carico, come previsto dalla L.R. n°23. A tale proposito sono da promuovere le iniziative finalizzate a studiare le principali patologie croniche presenti tra i detenuti e i modelli di intervento;
- in ambito specialistico: garantire in tutti gli istituti l'assistenza infettivologica, cardiologica e odontoiatrica e un efficiente invio agli specialisti esterni, garantendo la comunicazione tra i sanitari;
- in ambito della salute mentale e delle dipendenze: garantire una diffusa assistenza psichiatrica e psicologica, anche per evitare il rischio suicidario, e la cura delle dipendenze;
- in ambito di prevenzione e promozione della salute: operare in un'ottica di tutela della salute pubblica, diffondere gli screening, sviluppare la responsabilizzazione e la partecipazione alle cure attraverso interventi strutturati di informazione ed educazione sanitaria, con particolare riferimento alla popolazione giovanile detenuta;
- in ambito diagnostico: sperimentare a possibilità di erogare interventi diagnostici o specialistici complessi in istituti penitenziari che possano fungere da "hub" per altri istituti, in una logica di rete, anche attraverso la telemedicina, la telemedicina e il teleconsulto.

Per la realizzazione di questo programma occorre investire nella stabilizzazione di alcuni operatori sanitari, in particolare referenti clinici, psichiatri e infermieri che possano garantire la qualità delle cure e l'equità all'accesso, un investimento tecnologico e informatico, una più stretta collaborazione tra le ASST e gli istituti penitenziari, al fine di assicurare le prestazioni specialistiche necessarie.

Particolare attenzione dovrà essere posta nei confronti dei detenuti immigrati, rafforzando la mediazione culturale, e ai servizi che tutelano il passaggio dalle cure carcerarie alle cure territoriali.

Le equipe forensi rappresentano sul territorio la naturale interfaccia socio sanitaria di prossimità con le autorità e le istituzioni coinvolte nella gestione del paziente autore di reato: sono costituite da personale con competenze clinico-terapeutiche, assistenziali, riabilitative e sociali, finalizzate a dare risposte per i cittadini destinatari di provvedimento dell'autorità giudiziaria. Il perimetro d'azione delle micro equipe territoriali forensi è ampio e deve necessariamente privilegiare metodologie di lavoro integrato. Deve essere rafforzato il loro funzionamento (secondo gli indirizzi generali dettati nella nota Protocollo G1.2018.0014111 del 20/04/2018) legittimandosi quale indispensabile raccordo tra i DSMD e la magistratura, le REMS, gli istituti di pena e ogni altro ente coinvolto in tali percorsi.

Le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza istituite a seguito del decreto legge 30 maggio 2014 n. 81 di conversione del decreto legge 31 marzo 2014 n. 52 relativo al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, costituiscono un passaggio transitorio nel percorso trattamentale del soggetto autore di reato nei confronti del quale deve sempre prevalere l'attenzione clinica da parte dell'organizzazione sanitaria. Fin dalla loro istituzione, risulta elemento critico la celere possibilità di ingresso dei soggetti per i quali è stata disposta l'esecuzione della pena presso la REMS.

Soltanto un'intensa collaborazione tra DSMD e REMS e un solido raccordo tra i nodi della rete di riferimento per tali soggetti, sarà garanzia di una migliore e fluida gestione dell'ingresso in struttura piuttosto che dell'individuazione di percorsi alternativi.

In tal senso si sono orientati i lavori dei tavoli interistituzionali coordinati dalla DG Welfare presso i tribunali di Brescia e Milano (ciascuno per la competenza del proprio distretto della corte d'appello) per la realizzazione dei protocolli per la gestione dei soggetti con disturbo psichico e autori di reato. Tali documenti, che rappresentano un elevato modello di lavoro integrato tra enti ed istituzioni, dovranno trovare formale implementazione nell'attività dei DSMD.

Monitoraggio e valutazione

La variabilità nei livelli assistenziali erogati nei diversi istituti penitenziari è elevata: la individuazione di un set minimi e omogeneo di indicatori permette di orientare la sanità penitenziaria verso livelli di appropriatezza e qualità.

Gli indicatori dovranno misurare le attività di medicina primaria, quelle erogate in regime di urgenza, le attività diagnostiche e specialistiche, quelle erogate nell'ambito della presa in carico delle patologie croniche, i tempi di attesa per l'erogazione degli interventi. Altrettanto importante è la valutazione di interventi di promozione della salute e di empowerment.

La particolare condizione di vita dei pazienti detenuti, richiede il coinvolgimento della amministrazione penitenziaria nella definizione dei dati necessari a costruire indicatori significativi e condivisi.

RETE OSPEDALIERA

La legge 23/2015 ha delineato un nuovo assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie, riunendo sotto un'unica direzione i poli Ospedalieri e i Servizi Sanitari e Sociosanitari territoriali, al fine di favorire il "continuum" del percorso di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del paziente.

Oltre ai poli ospedalieri delle ASST, la competenza specialistica è completata dalla ricca e qualificata offerta di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, rappresentata in Regione Lombardia dalla consolidata presenza dei Presidi ospedalieri privati accreditati che, soprattutto in taluni ambiti, sono una componente essenziale del Sistema Sanitario Regionale.

In tale contesto organizzativo si innesta la rete formativa universitaria, pubblica e privata, che individua i Poli Universitari e i Presidi di riferimento per le attività di insegnamento e ricerca, elementi essenziali per lo sviluppo continuo della qualità delle cure e della innovazione in sanità.

L'intera offerta ospedaliera lombarda da anni, oltre ad assicurare al cittadino il diritto alla libertà di scelta della struttura a cui affidarsi, garantisce ottimi livelli qualitativi di assistenza, oggettivamente documentati dai dati di attività e di esito, e dall'attrattività esercitata nei confronti di cittadini provenienti da fuori regione. Diversi sono oggi i fattori critici che rischiano di ridurre, se non adeguatamente affrontati, l'efficienza del sistema: su tutte, la costante e crescente domanda di prestazioni tecnologicamente avanzate espressa da pazienti con patologie in fase acuta, e la necessità di prestazioni, quantitativamente rilevante, riferita ai pazienti cronici, pluripatologici, anziani.

Tutto questo si traduce in una incrementale richiesta di risorse umane, tecnologiche e strutturali.

La sfida dei prossimi anni è quella di trasformare queste esigenze in un'opportunità di ulteriore miglioramento organizzativo, rafforzando il ruolo programmatico regionale. Attraverso una attenta, consapevole e convinta azione programmatica, basata sulla analisi dei fabbisogni di salute attuali e futuri, si possono e si devono:

- definire i numeri e la tipologia di operatori che devono essere avviati a formazione specifica;
- delineare i ruoli che ciascuna struttura sanitaria deve svolgere all'interno del sistema per poter soddisfare il mandato specificamente attribuito;
- favorire lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi che aiutino gli operatori a svolgere in modo più sicuro, efficiente ed efficace il proprio lavoro all'interno della struttura ospedaliera,
- individuare le innovazioni tecnologiche e strutturali da introdurre nel sistema, in modo da rafforzare un'offerta di attività specialistiche ordinata sul territorio e rispettosa dei requisiti e degli standard imposti dalle evidenze scientifiche, condizione imprescindibile per il buon esito e la sicurezza delle cure;
- portare a compimento il percorso di riordino della rete d'offerta prevista dal DM 70/2015 al fine di specificare i centri dedicati alle alte specialità e alla gestione delle acuzie e qualificare le strutture dedicate alla riabilitazione e alla gestione della cronicità e delle fragilità.
- valorizzare il ruolo della professione infermieristica, affidando ad essi una più elevata autonomia organizzativa e gestionale, oltre che professionale;
- promuovere la cultura della misurazione continua della qualità delle cure, attraverso la rilevazione sistematica e condivisa, il confronto e la diffusione dei dati di esito e di processo;
- realizzare concreti miglioramenti nella integrazione tra le attività specialistiche offerte dai presidi ospedalieri con i servizi sanitari e sociosanitari territoriali e le cure primarie, nella consapevolezza che solo con il riconoscimento e il rispetto delle competenze e dei ruoli di ciascuno, il sistema potrà efficacemente ed armonicamente crescere e migliorare.

Tale programmazione, che dovrà riguardare tanto l'offerta pubblica che quella privata, è sicuramente un impegno difficile per i decisori e per i professionisti e richiede un puntuale coinvolgimento dell'intera popolazione.

E' ferma intenzione svolgere una incisiva azione di "gouvernement" attraverso un'efficace "alliance" con gli stakeholders, affinché si riesca a condividere quanto più possibile l'azione di riordino e di armonizzazione della rete ospedaliera, con l'unico obiettivo di realizzare un ulteriore miglioramento dello stato di salute dei cittadini, assicurando il più efficiente utilizzo delle risorse oggi disponibili e che potranno essere ulteriormente messe a disposizione a livello nazionale e regionale nel prossimo futuro, in costante relazione con la domanda di salute.

Fondamentale sarà la capillare comunicazione degli obiettivi che si intendono perseguire e delle motivazioni tecniche che li supportano: a loro volta le proposte tecniche dovranno essere approfonditamente preparate attraverso il coinvolgimento dei referenti più autorevoli del mondo clinico e scientifico, degli organismi rappresentativi degli operatori, delle associazioni dei pazienti e delle istituzioni territoriali.

La definizione della rete ospedaliera per acuti deve essere coerente ed integrata con la programmazione della rete di offerta delle degenze di comunità e con tutti i servizi di cura e assistenza territoriali. Il sistema sociosanitario lombardo ha costruito nel tempo una rete di offerta articolata e differenziata, con capacità di innovazione, di coinvolgimento di risorse pubbliche e private, di ricerca, di partecipazione attiva degli stakeholders, anche attraverso forme di associazionismo. Tuttavia, a fronte della complessità della domanda di salute che richiede competenza, tecnologie, elevata specializzazione e a fronte di una popolazione con livelli sempre maggiori di fragilità e cronicità, l'attuale sistema necessita di definire i diversi livelli di cura superando contestualmente la frammentazione dei processi erogativi che ancora persistono.

Il processo di trasformazione delle strutture ospedaliere recentemente avviato, rappresenta un'opportunità di svolta organizzativa che deve essere promossa con l'intento di meglio adattare i processi di offerta in risposta ai profondi cambiamenti della domanda di salute e all'aumento di fasce di pazienti a forte necessità di integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociosanitaria.

Monitoraggio e valutazione

La ricchezza e completezza di dati e informazioni che Regione Lombardia raccoglie sistematicamente da anni permette di individuare indicatori significativi che descrivono:

- i volumi delle prestazioni erogate
- la appropriatezza delle stesse
- le risorse impiegate
- i costi sostenuti per la produzione.

Da alcuni anni Regione Lombardia individua, all'interno di un cruscotto di governo continuamente aggiornato, alcuni indicatori atti a valutare la qualità delle cure erogate, sia in termini di processo che di esito, permettendo un confronto tra i diversi erogatori sia a livello regionale che nazionale.

Regione Lombardia, ATS, ASST, Erogatori privati accreditati devono monitorare tali indicatori, promuoverne la conoscenza e la condivisione tra tutti gli operatori sanitari, renderli trasparenti e comprensibili anche per i pazienti, integrarli nella definizione degli obiettivi in modo graduale.

RETI CLINICO ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVE

Un sistema sanitario improntato a principi di efficienza, efficacia, qualità e sicurezza, sostenibilità economica deve, innanzitutto, realizzare percorsi che consentano di gestire in modo appropriato ciascuna fase della malattia, sia quella che richiede il ricovero in centri ad elevata specializzazione ed elevata complessità organizzativa, sia quelle che necessitano di ricovero in strutture a minore intensità diagnostica e assistenziale, oppure di essere gestita al domicilio del paziente, in condivisione con il medico di famiglia, con conseguenti rilevanti vantaggi per il paziente, la sua famiglia e l'intero sistema.

Uno strumento utile per assicurare la corretta presa in carico del paziente nei diversi setting di cura è la declinazione di reti di clinico assistenziali e organizzative, basate sulla continuità di cura e l'appropriatezza clinico-assistenziale. Le reti devono individuare i nodi e le relative connessioni, definire le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio e gli indicatori di processo e di esito, i requisiti di qualità e sicurezza dei percorsi di cura, di qualificazione e formazione dei professionisti e le modalità di accesso dei pazienti, fino a prevedere le necessarie modalità di interconnessione delle reti tra loro per consentire risposte adeguate anche nelle situazioni pluripatologiche, sempre più frequenti nella situazione reale.

Devono sapere coniugare il diritto alla accessibilità e prossimità delle cure con la sostenibilità delle stesse, che richiede di concentrare altissima specializzazione e tecnologia in pochi centri fortemente connessi con i nodi più periferici delle reti. Devono assicurare attenzione ai problemi socioassistenziali dei pazienti, attenzione fondamentale per garantire una buona qualità della vita.

Multidisciplinarietà e multiprofessionalità, evidence based medicine e nursing, equità di accesso alle cure, definizione del ruolo dei diversi nodi della rete e dei diversi professionisti, continuità della presa in carico, centralità del paziente, promozione dei percorsi formativi, informazione della popolazione generale ed empowerment del paziente, sono i cardini che devono guidare lo sviluppo delle reti clinico-assistenziali.

Per realizzare gli obiettivi delle reti è necessario operare secondo tre direttrici di sviluppo: la condivisione dei percorsi clinico-assistenziali, l'implementazione gestionale-organizzativa, l'informazione degli utenti e formazione dei professionisti.

- **Ambito clinico-assistenziale:** sulla base dei dati epidemiologici, delle conoscenze scientifiche e della rilevazione continua dei risultati, i professionisti coinvolti nel percorso di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della specifica patologia/ situazione clinica, definiscono e tengono aggiornati i percorsi di cura e assistenza, distribuendo tra i diversi setting le più appropriate modalità di accoglienza dei pazienti nelle diverse fasi;
- **Ambito gestionale-organizzativo:** la programmazione regionale, anche per il tramite dell'azione delle Agenzie Territoriali della Salute, sviluppano la rete, attribuendo le risorse adeguate ai diversi nodi e servizi, monitorandone la corretta allocazione e l'appropriato utilizzo, nonché il raggiungimento dei risultati attesi in termini di appropriatezza, accessibilità, equità, tempestività, qualità ed esito;
- **Ambito informativo-educativo-formativo:** la rete deve pianificare i percorsi formativi e di aggiornamento degli operatori, assicurare interventi educativi per i pazienti e i care-giver e sviluppare contestualmente un adeguato percorso comunicativo e informativo rivolto ai cittadini e finalizzato ad orientare il suo tempestivo e appropriato ingresso nel sistema socio sanitario.

Si possono distinguere almeno 4 diverse tipologie di reti clinico-assistenziali, che richiedono strategie di intervento differenziate e flessibili:

- Reti a prevalente sviluppo territoriale: riguardano le malattie croniche (diabete- BPCO- Scompenso cardiaco), sono basate sul ruolo prevalente del medico di medicina generale che si avvale della consulenza specialistica e prevedono una forte responsabilizzazione del paziente nel percorso di cura;
- Reti tempo dipendenti (IMA, Stroke, trauma): necessitano una razionale organizzazione del soccorso sanitario territoriale 118 e una adeguata rete ospedaliera dell'emergenza urgenza. Si procederà ad un aggiornamento della classificazione dei presidi ospedalieri sede di pronto Soccorso, DEA di I° e di II° livello, che dovranno assicurare i requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale e, in parallelo, alla riclassificazione della rete ospedaliera; il complesso delle reti tempo-dipendenti costituisce una delle aree di rischio clinico¹ rispetto alle quali è necessario porre attenzione e sviluppare percorsi dedicati;
- Reti ad alta specializzazione e tecnologia (ROL, REL, RENE, Rete delle malattie rare, Terapia del dolore, Sclerosi Multipla, SLA): richiedono la individuazione di poli Hub, che assicurano la presenza di specialisti dedicati e tecnologia avanzata, e di poli Spoke, fortemente connessi, con un ruolo attivo dell'Università nell'innovazione e la ricerca, di una declinazione in servizi centralizzati e diffusi sul territorio, senza soluzione di continuità nei percorsi;
- Reti a forte integrazione assistenziale e sociale (rete demenze, rete autismo): richiedono l'attivazione di servizi sociosanitari, assistenziali e sociali, multidisciplinari, fortemente integrati anche con la comunità locale e con la valorizzazione del ruolo di case management.

In tutti i percorsi che sottendono allo sviluppo delle reti deve essere previsto il ruolo attivo del MMG/PLS, dell'associazione dei malati e del volontariato, oltre che degli specialisti e degli altri operatori sanitari e sociosanitari.

Deve essere prevista la raccolta sistematica delle informazioni, anche attraverso la istituzione di specifici registri, per la valutazione degli esiti, l'orientamento e lo sviluppo dei servizi, lo sviluppo di sistemi informativi e comunicativi che interconnettano i nodi della rete e il paziente stesso.

Monitoraggio e valutazione

La elaborazione di percorsi diagnostico terapeutici all'interno delle reti clinico assistenziali e organizzative prevede la definizione di indicatori di processo, di esito, economici.

Gran parte degli indicatori sono facilmente ricavabili dai flussi correnti, altri, più specifici e complessi, richiedono la compilazione di specifici registri.

Gli indicatori riferiti ad alcune reti clinico assistenziali e organizzative, in particolare di quelle tempo-dipendenti, sono ormai a disposizione dei programmatori e degli operatori in modo continuativo e tempestivo all'interno del cruscotto di governo; Regione Lombardia intende sviluppare ulteriormente tali informazioni e a condividerle con i medici, le società scientifiche, i decisori.

Rete per l'assistenza Materno Neonatale e Pediatrica Adolescenziale

Prosegue l'impegno di Regione Lombardia per il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area materna neonatale e pediatrica-adolescenziale, con la peculiarità di un approccio integrato all'intero percorso gravidanza/nascita/età evolutiva e la costruzione di una Rete che metta in relazione tutti i professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari, territoriali e ospedalieri, di tipologia e livelli diversi, a garanzia della continuità dell'assistenza. Per la specificità del contesto assistenziale viene a configurarsi, a tutti gli effetti, una rete tempo dipendente. Questo assetto organizzativo è basato sulle indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni 16.12.2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza nel percorso nascita", del D.M. 70/2015, dell'Accordo Stato Regioni 2017 "Linee di indirizzo per gli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale" e dell'Accordo Stato-Regioni 2018 "Linee guida per la revisione delle reti cliniche" e sulle specifiche normative regionali.

Vengono di seguito evidenziate le azioni prioritarie.

- Garantire appropriatezza, qualità e sicurezza per la mamma e il bambino in tutti i punti di erogazione, rispetto della fisiologia della gravidanza/parto/nascita, tempestiva intercettazione delle situazioni a rischio e afferenza delle stesse a Centri dotati delle competenze e tecnologie necessarie. Con tale obiettivo sono attivati modelli assistenziali differenziati per livello di rischio ed un'organizzazione a rete, secondo il paradigma Hub (Centri di Medicina Materno Fetale e Terapia Intensiva Neonatale) e Spoke supportata da

¹ Rif. L.R. 33/2009 art 5 comma 11

un Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) – Neonatale in Emergenza (STEN), esteso anche al lattante, a copertura dell'intero territorio regionale. Contestualmente vengono incentivati modelli organizzativi integrati, territorio-ospedale-territorio, che prevedano la gestione del percorso nascita a basso rischio gestito da un'ostetrica di riferimento che, in rete con gli altri specialisti coinvolti, possa garantire la continuità dell'intero percorso nascita (preconcezionale, prenatale, postnatale) e tutti gli interventi di educazione, promozione alla salute, sostegno alla genitorialità, anche attraverso il programma *home visiting*. A tal fine, il Consultorio Familiare è l'unità d'offerta da valorizzare e da ricondurre alle mutate necessità della fase generativa della famiglia; esso rappresenta uno dei nodi fondamentali della Rete. Proseguono azioni incisive di protezione, promozione e mantenimento dell'allattamento secondo il modello OMS-Unicef e di rilevazione della modalità di allattamento.

Il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri pediatrici rappresenta, anche nella nostra regione, un importante obiettivo da perseguire, poiché i tassi di ospedalizzazione, seppur in graduale decremento, risultano tuttora elevati in rapporto a quelli di altri Paesi europei e altre regioni italiane, con significativa variabilità nel territorio.

Un aspetto fondamentale delle cure pediatriche è rappresentato dalla gestione delle urgenze/emergenze che necessita di un sistema strutturato che garantisca la assistenza più appropriata rispetto alle condizioni critiche del minore e assicuri il tempestivo trasferimento presso un Centro dotato di Terapia Intensiva Pediatrica e di tutte le competenze e servizi altamente specialistici necessari. Per questo obiettivo la DGR n. X/6576/2017 ha definito un modello organizzativo con identificazione dei centri Hub di cui vengono implementati alcuni aspetti organizzativi e operativi. La piena funzionalità della rete implica il supporto di uno Sistema di Trasporto Pediatrico dedicato, da attivarsi in collaborazione con AREU.

L'assistenza pediatrica, sia territoriale che ospedaliera, deve collaborare e integrarsi fortemente con la Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, con l'obiettivo di garantire un approccio globale alle problematiche cliniche, neurologiche e psichiche del bambino e dell'adolescente.

In particolare, come descritto nella sezione del presente documento dedicata alla salute mentale, andrà sviluppata la collaborazione tra professionisti e servizi nell'area della diagnosi precoce dei disturbi del neurosviluppo e nella cura delle comorbilità ad essi associate e nell'area delle malattie rare.

Una sfida che coinvolge tutti è la patologia neuropsichica sempre più frequente e complessa che interessa l'età adolescenziale: solo una azione integrata, un elevato livello di collaborazione e comunicazione, nel rispetto delle specifiche competenze e della continuità del percorso diagnostico terapeutico, permetterà di affrontare il disagio psichico adolescenziale.

La transizione delle cure pediatriche alla medicina dell'adulto rappresenta un aspetto peculiare e tuttora critico, dell'assistenza all'adolescente. E' un delicato processo multidimensionale e multiprofessionale, volto non solo alla necessità di cura, ma anche agli aspetti psico-sociali, educativi e professionali, la cui strutturazione risulta non ancora adeguata. L'età della *transizione* deve avvenire in modo flessibile, non solo in rapporto al raggiungimento dell'età adulta, ma anche delle condizioni cliniche, della maturità raggiunta e della capacità di auto gestione dell'adolescente. Si tratta pertanto di un processo individualizzato, realizzabile con differenti modelli operativi. Sono promosse iniziative di sensibilizzazione e formazione integrata di tutti gli operatori coinvolti con l'obiettivo di sviluppare adeguati percorsi di transizione condivisi che garantiscano la qualità e la continuità dell'assistenza.

L'informatizzazione della documentazione sanitaria e sociosanitaria prevede, quando possibile, l'utilizzo di modelli regionali, analogamente a quanto già attivato per l'Agenda del Percorso Nascita e per le cartelle del Trasporto Materno Assistito e Neonatale in Emergenza.

La rete per l'assistenza materno neonatale e pediatrica adolescenziale costituisce una delle aree di rischio clinico² rispetto alle quali è necessario porre attenzione e sviluppare percorsi dedicati.

Monitoraggio e valutazione

La rete per l'assistenza materno neonatale e pediatrica adolescenziale di cui ai paragrafi precedenti è corredata da un set di indicatori di primo e secondo livello in grado di tracciare e analizzare l'intero percorso assistenziale. I flussi informativi correnti, l'uso integrato degli stessi e ulteriori indicatori *proxy*, sono oggetto di continua implementazione attraverso la creazione di nuovi data base. Prosegue la partecipazione di Regione Lombardia al Sistema di Sorveglianza della mortalità materna e perinatale.

² Rif. L.R. 33/2009 art 5 comma 11

GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

La percezione dell'efficienza di un sistema sanitario passa, anche e giustamente, dai tempi di attesa per il cittadino che deve accedere alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Numerosi sono stati gli interventi messi in atto da Regione Lombardia per governare i tempi di attesa, con azioni sul lato dell'offerta, incrementando il budget dedicato alla erogazione di attività ambulatoriali anche in orari serali e prefestivi, e sul lato della domanda, con interventi volti a migliorare l'appropriatezza delle richieste, ad evitare la ridondanza di prescrizioni di visite ed esami.

Un limite oggettivo ad interventi incisivi è dato dai vincoli legislativi all'incremento di risorse specialistiche, anche nelle aree più critiche.

Nonostante ciò, resta ancora molto da fare per raggiungere un soddisfacente equilibrio tra bisogni e domanda di prestazioni, e tra domanda e offerta di servizi.

Per operare in questa direzione è necessario:

- Conoscere i bisogni e analizzare le prestazioni a maggior consumo;
- Implementare l'offerta di prestazioni ed esami specialistici maggiormente critici anche attraverso politiche del personale e la negoziazione con ATS/ASST/Erogatori privati accreditati specificamente orientate ad offrire risposte adeguate ed omogenee su territorio;
- Armonizzare l'attività istituzionale e l'attività libero-professionale senza induzione di spesa privata per i cittadini;
- Differenziare le liste di attesa per prestazioni dedicate a pazienti acuti e dedicate a pazienti cronici, promuovendo per questi ultimi la definizione ed erogazione di pacchetti organizzati di prestazioni, nella logica della "Presenza in carico";
- Evitare la ripetizione non necessaria di visite ed esami anche attraverso un sistema informativo sempre più efficiente che permetta di conoscere la storia clinica del paziente in ogni setting di cura;
- Promuovere l'appropriatezza attraverso la formazione degli operatori e la diffusione di PDTA condivisi;
- Vigilare sulla trasparenza delle liste di attesa e responsabilizzare gli erogatori;
- Monitorare i tempi di attesa per modulare la rete di offerta;
- Informare i cittadini anche per evitare comportamenti opportunistici.

Monitoraggio e valutazione

La rilevazione sistematica dei tempi di attesa è prassi in Regione Lombardia; continuo sarà l'impegno regionale nel garantire la trasparenza delle agende e la corretta informazione dei cittadini.

Particolare attenzione sarà posta nel monitoraggio degli indicatori finalizzati a rilevare i risultati, in termini di prestazioni erogate e miglioramento dei tempi di attesa, relativi alle azioni specifiche attuate dal sistema.

Il Sistema di Accoglienza

Di fronte a una sempre maggiore complessità dei bisogni e una sempre maggiore necessità di integrazione dei servizi, le risposte degli erogatori al cittadino sono troppo spesso settoriali.

Garantire l'accessibilità alle prestazioni e ai servizi e soprattutto l'equità alla fruizione dei LEA in particolare da parte delle fasce più fragili e vulnerabili, richiede capacità di ascolto, di comprensione dei bisogni, e capacità di orientare il cittadino all'interno della rete, semplificandone l'accesso.

Occorre pertanto favorire la diffusione di punti di accesso integrati per effettuare:

- Prestazioni amministrative (scelta e revoca, rimborsi, esenzioni etc.);
- Prenotazioni di esami e visite;
- Richieste di forniture (protesica, assistenza integrativa etc.) e servizi (medicina legale);
- Richieste di prestazioni socio-sanitarie (Assistenza domiciliare, misure di sostegno etc.) collocati sia a livello territoriale (PreSST), sia a livello dei CUP ospedalieri.

Un importante contributo ad una migliore accoglienza ed accessibilità può derivare dalla collaborazione interaziendale e interistituzionale (farmacie, servizi comunali) e con le Associazioni dei malati, per un puntuale intervento informativo e di accompagnamento del paziente.

Altrettanto indispensabile è semplificare le modalità di ottenimento di prestazioni amministrative e di prenotazione, al fine di implementare la gestione informatizzata delle procedure almeno per i cittadini più esperti e le prestazioni meno complesse, dedicando tempo, spazio e competenza all'accoglienza dei cittadini più vulnerabili e per le richieste complesse e di accompagnamento e orientamento.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Il tema dell'assistenza farmaceutica è un tema di rilevanza nazionale e regionale ormai da diversi anni, e lo conferma anche la recente discussione a livello nazionale che vuole aggiornare i processi che sono alla base della governance sui farmaci.

I farmaci sono inclusi nei Livelli essenziali di assistenza e lo scopo dell'assistenza farmaceutica è quella di garantire ai cittadini farmaci/medicinali con il migliore profilo beneficio-rischio, assicurando che la spesa farmaceutica si mantenga nell'ambito della cornice finanziaria programmata.

Al fine di attuare gli indirizzi indicati, risulta centrale il governo della politica del farmaco a livello regionale.

L'interesse prioritario che deve guidare l'attività è l'interesse dei cittadini, assicurando il rispetto della cornice finanziaria programmata per il settore farmaceutico garantendo il corretto rapporto con tutti gli attori del sistema.

Le Agenzie (ATS) e le ASST, con il nuovo assetto organizzativo, devono essere in grado di realizzare il processo di cambiamento, garantendo sempre più elevati livelli quali/quantitativi dei servizi ai cittadini.

In particolare esse dovranno:

- sviluppare modalità operative innovative nell'organizzazione ed erogazione dei servizi;
- garantire la presa in carico globale della persona (e della sua famiglia/caregiver) nei diversi contesti socio-sanitari;
- perseguire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;
- introdurre percorsi assistenziali innovativi finalizzati a garantire la continuità delle cure, l'integrazione degli operatori e dei servizi nonché un utilizzo appropriato ed equo delle risorse;
- mantenere elevati livelli di qualità riducendo i costi in applicazione degli standard regionali;
- garantire l'assistenza come competenza fondamentale, che deve essere prestata con continuità e secondo criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare;

In ambito farmaceutico gli obiettivi da perseguire a livello regionale e territoriale sono:

- garantire l'accesso sicuro ed efficace alle terapie innovative con l'uso etico delle risorse;
- attivare percorsi appropriati che consentano all'assistito di poter ricevere anche come cure domiciliari l'assistenza farmaceutica di tipo complesso;
- valorizzare le Farmacie del territorio attraverso i nuovi Servizi

Il continuo progresso tecnologico e le dinamiche demografiche attese legate all'invecchiamento della popolazione italiana determineranno nei prossimi anni un'ulteriore espansione della domanda di nuove e costose tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi medici, attrezzature sanitarie e sistemi diagnostici) che rende indispensabile un incessante e rinnovato impegno verso livelli di efficienza ed efficacia ottimali, nell'azione di governo del sistema sanitario nel suo complesso.

La spesa per le nuove tecnologie può diventare un investimento solo quando produce risultati in termini di salute o riduce altri costi sanitari.

In ambito farmaceutico spetta ad AIFA il compito di definire le condizioni di rimborsabilità e il prezzo dei farmaci, ma le Regioni possono svolgere un ruolo importante nella definizione del posizionamento terapeutico rispetto alle alternative e nell'indirizzare verso un uso etico delle risorse.

La complessità delle terapie farmacologiche e l'aumento dell'età dei pazienti sono di frequente causa di interazioni farmacologiche con conseguenti reazioni avverse e abbandono delle terapie.

Particolare attenzione dovrà essere pertanto dedicata al tema della aderenza della terapia e alla farmacovigilanza. L'attenzione alla sicurezza dei farmaci e dei dispositivi è importante ed è intenzione della Regione proseguire l'attività di sorveglianza.

Al fine di accompagnare gradualmente il SSR verso la piena operatività di un modello unificante di governo a rete delle tecnologie sanitarie, sono identificati quali obiettivi strategici della programmazione:

- garantire a tutti i cittadini l'accesso alle terapie innovative promuovendo l'uso etico delle risorse;
- proseguire nel percorso di miglioramento continuo dell'appropriatezza prescrittiva;
- favorire l'uso dei farmaci a brevetto scaduto quale strumento per liberare risorse;
- assicurare la sicurezza delle tecnologie con particolare attenzione alla interazione tra farmaci, alla aderenza terapeutica, alle transizioni di cura e al controllo degli errori farmacologici;
- aumentare la partecipazione del cittadino alle politiche farmaceutiche;
- valorizzare il ruolo delle farmacie attraverso la sperimentazione dei nuovi servizi.

La promozione della Farmacia dei Servizi

Nell'ambito della riorganizzazione delle Cure Primarie si intende sviluppare la Farmacia dei servizi riconoscendo alla rete delle farmacie pubbliche e private professionalità e vicinanza al cittadino, soprattutto nelle aree più disagiate.

Si dovranno promuovere programmi per sviluppare nuove funzioni della Farmacia, in particolare il controllo della aderenza terapeutica, l'informazione sulla corretta assunzione dei farmaci e la farmacovigilanza, avvalendosi delle ATS per la conduzione e il monitoraggio dei progetti e per sviluppare il Dossier farmaceutico all'interno del FSE.

SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

La Sanità Pubblica Veterinaria regionale codifica le sua attività tramite il Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria (PRISPV). In tale Piano vengono definite le politiche regionali, la *governance* e gli obiettivi di competenza con lo scopo principale di garantire l'assolvimento degli obblighi normativi a tutela della salute pubblica, sicurezza alimentare e tutela degli animali d'affezione. Con il PRISPV 2015-2018 sono stati raggiunti importanti obiettivi sia per la Pubblica Amministrazione sia per gli *stakeholder quali* la modulazione e la pianificazione dei controlli in funzione della valutazione dei rischi, il supporto all'export, una gestione efficiente ed efficace delle emergenze, la valorizzazione delle istanze territoriali tramite l'identificazione di specifici obiettivi strategici.

Il nuovo Piano 2019/23, con una prospettiva temporale quinquennale e in un'ottica di una miglior efficienza ed appropriatezza del Sistema, consentirà a Regione Lombardia di garantire un'efficace integrazione dei Servizi Veterinari con le altre Autorità competenti promuovendo una maggiore corresponsabilizzazione degli operatori sugli obiettivi della "legislazione alimentare". In collaborazione con le Università e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna verranno promossi progetti di ricerca finalizzati allo sviluppo di aspetti innovativi relativi a tematiche di Sanità Pubblica Veterinaria.

Verranno inoltre sviluppati nuovi ambiti strategici di seguito descritti.

Governance di Sistema

- Sviluppo di indicatori di processo e contesto in grado di valutare le *performance* dei Dipartimenti Veterinari delle ATS attraverso la misurazione delle prestazioni erogate e l'impatto sul sistema agroalimentare lombardo;
- Miglioramento dell'efficienza dei sistemi informatici in uso alla Veterinaria Pubblica Regionale anche mediante la dematerializzazione degli adempimenti amministrativi connessi alle attività di controllo ufficiale e finalizzato anche ad un più funzionale assolvimento dei fabbisogni di programmazione e rendicontazione delle attività;
- Corretta allocazione degli introiti di cui al D.lgs 194/08 al fine di garantire un sistema di controllo con prestazioni fuori orario negli impianti industriali.
- Dematerializzazione delle pratiche di riconoscimento degli stabilimenti e costituzione del "fascicolo aziendale" informatico nel quale inserire anche i report dell'attività di controllo;
- Mantenimento e sviluppo di un appropriato sistema di verifiche e controlli in collaborazione con l'Organismo Pagatore Regionale (OPR) in grado di garantire la corretta erogazione dei contributi comunitari nel rispetto della normativa comunitaria per gli ambiti di competenza della Sanità Pubblica Veterinaria.

Sicurezza alimentare a tutela dei consumatori

- Miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali a tutela dei consumatori mediante un più esteso impiego della tecnica dell'audit e una corretta gestione delle non conformità finalizzata a supportare le imprese nella applicazione delle disposizioni normative;
- Attivazione di piani di monitoraggio di contaminanti ambientali emergenti al fine di definire il rischio per le filiere alimentari.
- Redazione, in accordo e collaborazione con le principali associazioni di categoria, di linee guida applicative della vigente normativa in materia di sicurezza alimentare così da semplificare gli obblighi a carico degli OSA e indirizzare le attività di controllo ufficiale.
- Sostegno per le imprese che intendono esportare prodotti di origine animale verso Paesi terzi mediante attivazione di specifici progetti di accompagnamento degli stabilimenti interessati.

Sanità e Benessere Animale

- Mantenimento dello stato di indennità degli allevamenti nei confronti delle principali malattie infettive denunciabili, anche con la puntuale applicazione delle norme di biosicurezza al fine di garantire i requisiti sanitari per l'export di prodotti di origine animale;
- Attivazione di un sistema di corretta gestione delle emergenze veterinarie in grado di prevenire, ed eventualmente gestire in tempi rapidi, il rischio di diffusione delle malattie, al fine di tutelare il patrimonio agrozootecnico lombardo;
- Prevenzione dei rischi zoonosici mediante l'adozione di specifici piani di sorveglianza per il monitoraggio della fauna selvatica e sinantropa.
- Promozione dello sviluppo dei metodi alternativi all'impiego di animali per l'esecuzione di progetti di ricerca scientifica.
- Adozione del nuovo Piano Triennale di Educazione Sanitaria e Zoofila, Controllo Demografico della Popolazione Animale e Prevenzione del Randagismo e attivazione di specifiche collaborazioni con il Sistema Universitario lombardo per agevolare il ricorso a particolari prestazioni sanitarie veterinarie, anche a sostegno delle persone meno abbienti.
- Attivazione di piani di verifica sul corretto uso e gestione del farmaco veterinario finalizzati alla prevenzione e contrasto alla antimicrobico-resistenza a tutela della salute pubblica.

Monitoraggio e valutazione

Particolare attenzione verrà posta alla modernizzazione dei controlli e all'aggiornamento delle procedure per adeguarsi ai mutamenti del quadro normativo comunitario in atto con i nuovi Regolamenti UE 2016/429 sulla Sanità Animale e 2017/625 in materia di controlli ufficiali, entrambi di prossima applicazione. Inoltre, verrà perfezionato ed attuato un sistema annuale di audit regionale sui Dipartimenti Veterinari territoriali delle ATS per verificare la corretta applicazione delle indicazioni regionali.

FORMAZIONE

Regione Lombardia in questi anni ha fortemente investito nella formazione, ritenuta leva indispensabile per lo sviluppo delle diverse professionalità e di conseguenza per la crescita del sistema sociosanitario.

La formazione deve coinvolgere tutti gli operatori, sia dipendenti sia convenzionati, al fine di aumentare le competenze professionali e di promuovere lo scambio tra professionisti, il lavoro interdisciplinare, la comunicazione. Saranno sviluppate le tematiche trasversali, che coinvolgono diversi setting di cura, al fine di dare piena attuazione ad un modello condiviso di presa in carico del paziente cronico e per l'implementazione delle reti clinico assistenziali e organizzative.

Medicina generale

Regione Lombardia ha ampliato le borse di formazione in medicina generale e, attraverso la Scuola di Formazione in Medicina Generale e per il tramite delle ATS, delle ASST e della Medicina Convenzionata, intende promuovere la formazione di medici di famiglia capaci di operare all'interno del complesso sistema sociosanitario regionale e coerentemente agli indirizzi di sviluppo dello stesso.

Scuola di Formazione Manageriale

Regione Lombardia intende promuovere la formazione dei Direttori di ATS e ASST e dei Dirigenti di Struttura Complessa per assicurare lo sviluppo di competenze manageriali all'interno delle Aziende ed intende garantire una risposta efficace ed efficiente alle numerose richieste formative dei professionisti.

Specializzandi

Anche in quest'area Regione Lombardia intende proseguire nell'analisi del fabbisogno di medici specialisti e nel potenziamento della formazione specialistica, in accordo con il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, con il Ministero della Salute e con il Sistema regionale dell'Università. In questo senso la Legge Regionale 33/2017 ha introdotto la possibilità per gli specializzandi di partecipare alle attività assistenziali negli ospedali, valorizzando i medici specializzandi senza pregiudizio alla sicurezza e qualità dell'assistenza.

Personale del comparto e della dirigenza

In accordo con il modello di Educazione continua in Medicina ECM, saranno promosse modalità di formazione con modalità tradizionali e con modalità innovative e a distanza. Regione Lombardia, annualmente, definirà i principali ambiti formativi necessari al perseguimento degli obiettivi di sviluppo del sistema sociosanitario regionale, da promuovere in ogni ambito professionale.

COMUNICAZIONE

La comunicazione pubblica in sanità ha assunto nel tempo un'importanza strategica nel quadro dei rapporti tra cittadini e Pubblica Amministrazione.

Il cittadino che vive attivamente l'era digitale può usufruire oggi di un compendio di informazioni che, se ben progettate, possono facilitare l'accesso ai servizi e la scelta dei percorsi di cura, o determinare l'assunzione di comportamenti collegati a stili di vita più salutari.

In tale contesto, valorizzando uno dei processi fondamentali della comunicazione, quale è l'ascolto, si possono intercettare attese e aspettative degli utenti, modificare i servizi sulla base dei fabbisogni rilevati, monitorare la qualità di quanto viene erogato, portando all'interno dell'ente la voce del cittadino. L'applicazione di corrette ed efficienti strategie di comunicazione nel campo della sanità pubblica rappresentano di conseguenza una reale opportunità per il miglioramento dell'attività amministrativa e gestionale del servizio.

Se la Pubblica Amministrazione ha il dovere di garantire a tutti l'erogazione di servizi di qualità e la soddisfazione di bisogni fondamentali, la comunicazione diventa - in tale contesto - un elemento essenziale e irrinunciabile nel processo di riforma e di riorganizzazione dell'intero sistema sanitario.

Ciò premesso, nella XI legislatura la comunicazione sarà prevalentemente orientata allo sviluppo di relazioni sempre più dirette e disintermedie tra cittadini e Regione. Un rapporto rinnovato, nella sua forma e nella sua sostanza, in grado di favorire sia una più consapevole ed immediata conoscenza all'utenza delle opportunità offerte dal Sistema Sociosanitario Regionale, sia la progettazione di servizi quanto più prossimi alle esigenze delle persone (pazienti, famiglie, care giver).

Verrà data quindi priorità alla cura dell'ascolto dei bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini (con particolare attenzione per quelli emergenti), con l'intento di fornire una migliore risposta alle necessità di cura, sostegno e presa in carico degli utenti.

Particolare attenzione verrà dedicata alla costruzione di azioni di comunicazione e di processi informativi a sostegno di una maggiore diffusione della conoscenza dei programmi di prevenzione e promozione della salute, orientati sia ad incoraggiare una più ampia partecipazione da parte dei cittadini alle proprie scelte di salute, sia all'adozione di stili di vita favorevoli al benessere della persona.

Nel corso del nuovo mandato verranno inoltre potenziate le sinergie operative tra gli enti del Sistema Socio Sanitario Lombardo e Regione, così da garantire univocità ed uniformità ai messaggi diffusi su tutto il territorio regionale. Saranno inoltre promosse azioni di comunicazione e informazione tecnico-specialistica rivolta agli operatori, al fine di innalzare i livelli professionali verso standard sempre più elevati, ma anche di condividere le scelte di indirizzo in una logica di integrazione e partecipazione.

I processi comunicativi potranno così beneficiare della collaborazione proattiva e del "know-how" di tutti gli attori che in Lombardia (ciascuno per la propria competenza) concorrono alla costruzione del *welfare regionale*.

Sarà sempre più utilizzato il ricorso alla digitalizzazione dell'informazione e ai new media, ormai affermati come efficaci strumenti di contatto con i cittadini. Saranno tuttavia impiegati anche mezzi di comunicazione tradizionali a garanzia di una migliore copertura dei messaggi anche presso quelle fasce di popolazione poco propense all'utilizzo dei nuovi mezzi digitali.

In riferimento all'attivazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e fragile dovrà essere rafforzata l'attività di comunicazione interna ed esterna per supportare e facilitare il processo di arruolamento dei pazienti. Per questo dovranno essere realizzate azioni formative e di sensibilizzazione, rivolte al personale chiamato ad interagire con il cittadino nel percorso di presa in carico, così che sia pro-attivamente e correttamente accompagnato verso le soluzioni più funzionali a dare risposta ai bisogni individuali.

ASSOCIAZIONISMO, VOLONTARIATO E TERZO SETTORE

Il Terzo Settore e i soggetti che ne fanno parte rappresentano per la Lombardia un fattore di benessere sociale e individuale, contribuendo alla crescita della società e della consapevolezza civica dei cittadini. Attraverso il lavoro associativo si creano legami e si consolidano le relazioni sociali e contemporaneamente si sviluppano senso di appartenenza e di partecipazione, migliorando la qualità della vita individuale e collettiva.

Il Terzo Settore in Lombardia per la sua numerosità e per le caratteristiche di radicamento nel territorio, costituisce anche un'esperienza unica nel panorama nazionale: nei diversi registri regionali sono censiti e riconosciuti oltre 13.000 enti (organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale Cooperative sociali ecc..).

Associazionismo, Volontariato e Terzo Settore rappresentano oggi fondamentali stakeholders e al tempo stesso possibilità di collaborazioni che aggiungono valore e completezza all'intervento sanitario e sociosanitario.

Queste organizzazioni - che devono essere considerate veri e propri attori del SSR - possono fortemente contribuire a informare i pazienti e a promuovere un approccio più umano ed efficace che consideri la persona in modo globale e olistico, al di là della riduttiva centratura solo sulla patologia.

Il Piano promuove in questo senso una politica partecipativa che assegna a questi mondi un ruolo fondamentale nella filiera degli interventi, un ruolo che affianca le Istituzioni nella tutela del valore della salute fisica e psichica della persona in tutte le fasi e le condizioni della vita

Nello specifico, inoltre, con la riforma introdotta con l'approvazione del D. Lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) al Terzo settore è stato riconosciuto un profilo giuridico unitario e una governance omogenea su tutto il territorio nazionale con l'istituzione, del Registro Unico Nazionale del terzo settore (RUNTS) che vedrà un'articolazione e la gestione operativa su base territoriale.

La riforma riconosce agli Enti del Terzo settore la facoltà di esercitare attività di interesse generale in diversi settori tra i quali interventi e servizi sociali e per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone disabili, interventi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, interventi nel campo dell'educazione, istruzione e formazione professionale, attività commerciali, produttive, di educazione e informazione, di promozione, di rappresentanza.

Il Codice prevede inoltre che, in attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità le amministrazioni pubbliche, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento.

Regione Lombardia sotto diversi aspetti ha anticipato di molto il quadro che si è venuto delineando con la riforma del terzo settore perché attraverso il sistema dell'accreditamento ha coinvolto enti del mondo non profit nella programmazione e gestione delle reti offerta sociale socio-sanitaria e sanitaria riconoscendo ad essi un ruolo fondamentale.

MEDICINA DI GENERE

Regione Lombardia intende proseguire nel percorso già avviato in questi anni di riconoscimento delle differenze biologiche e socioculturali di genere, con la finalità di promuovere eguaglianza ed equità nella salute.

Porre attenzione al genere in sanità pubblica è una scelta strategica e richiede:

- La promozione di iniziative di prevenzione genere-specifiche;
- La creazione di percorsi diagnostico- terapeutici declinati secondo il genere;
- Attenzione alle problematiche genere- specifiche in tutte le azioni di sviluppo sanitario e sociosanitario;
- Inclusione degli aspetti di genere nella elaborazione dei flussi informativi;
- Formazione verso tutti gli operatori sanitari sia relativamente alla tematica specifica sia ponendo attenzione che gli aspetti clinici trattati nei diversi ambiti formativi siano trattati anche in relazione al genere;
- Confronto con gli ambiti di ricerca studio e formazione accademica affinché vengano sviluppate ricerche genere-specifiche;
- Informazione diffusa sulla medicina di genere e le sue implicazioni a livello della salute.

RICERCA

La ricerca sanitaria, intesa come parte integrante delle attività del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), è elemento fondamentale per garantire ai cittadini una sanità efficiente e rispondente ai reali bisogni di assistenza e di cura.

L'investimento di qualità in ricerca ed innovazione costituisce pertanto una delle priorità del presente Piano e, al fine di massimizzarne i ritorni, dovrà essere quanto più possibile raccordato e sinergico con gli investimenti messi in campo dalle varie Istituzioni nazionali ed europee.

Promuovere la cultura dell'innovazione in sanità significa oltre tutto riconoscere nell'industria della salute un volano per lo sviluppo ed un generatore di investimenti e di occupazione per tutta la Lombardia.

Le attività di ricerca promosse da Regione Lombardia, con il supporto della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica (FRRB), coinvolgeranno, oltre agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), tutti gli enti del Sistema Sanitario Regionale (SSR), il mondo delle Università, degli Organismi di ricerca e delle imprese, anche al fine favorire la formazione di cluster e network di ricerca e sostenere lo sviluppo umano e professionale dei ricercatori.

L'obiettivo perseguito, in coerenza con il Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria, lungi dall'essere il progresso scientifico e tecnologico fine a se stesso, sarà piuttosto il miglioramento dell'assistenza, delle cure e dei servizi, con il fine ultimo di incrementare salute e qualità di vita dei cittadini, sfruttando le opportunità offerte dagli approcci di medicina personalizzata.

Gli strumenti attraverso i quali perseguire questo obiettivo saranno costituiti:

- dalla ricerca di base (theory enhancing), con lo scopo di far avanzare le conoscenze su determinate patologie e promuovere lo sviluppo di opzioni di diagnosi e trattamento innovative;
- dalla ricerca applicata (change promoting), con lo scopo di fornire soluzioni a problemi specifici e produrre informazioni utili a indirizzare le scelte dei decisori pubblici;
- dall'applicazione dei metodi della ricerca sociale ed organizzativa, attraverso i quali ripensare le organizzazioni e rendere i servizi sempre più "prossimi" ai cittadini, anche con il ricorso alla telemedicina;
- dalla sperimentazione di interventi di formazione volti ad accrescere le competenze di ricerca degli operatori del Servizio Sanitario Regionale (SSR), nonché da interventi per la diffusione della conoscenza e del sapere scientifico, anche attraverso il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL).

INVESTIMENTI

Gli investimenti sanitari rappresentano sia una necessità che un volano per lo sviluppo della sanità e del tessuto produttivo in generale.

Tali investimenti, finalizzati all'ammodernamento e al mantenimento del patrimonio edilizio e tecnologico dei Presidi/strutture sanitarie pubbliche, devono, in via generale, garantire il mantenimento, il miglioramento e lo sviluppo del Servizio Socio Sanitario Regionale Lombardo, contestualmente alla piena fruibilità in sicurezza dell'offerta sanitaria, la valorizzazione del patrimonio sanitario esistente e, a partire dal 2015, il supporto all'attuazione della riforma sanitaria di cui alla legge regionale n. 23.

Considerato che gli investimenti rappresentano, oltre ad un'importante occasione di riqualificazione della rete dell'offerta e di incremento dei livelli di sicurezza, ambito particolarmente strategico di accompagnamento all'attuazione della legge regionale n. 23/2015, i criteri individuati annualmente dalla Giunta Regionale sono da considerarsi esclusivamente quale riferimento generale volto, da un lato a condividere una coerente individuazione delle priorità aziendali e, dall'altra, alla semplificazione delle procedure onde permettere maggiore efficienza nell'allocazione e nell'utilizzo delle risorse, la cui assegnazione sarà approvata con specifico provvedimento della Giunta regionale su proposta dell'Assessore al Welfare.

In considerazione di quanto sopra i criteri generali di riferimento possono essere individuati nei seguenti ambiti:

- Piani strategici di razionalizzazione delle attività in attuazione del criterio di continuità delle cure in attuazione della LR 23/2015;
- Uso razionale del patrimonio immobiliare e strumentale disponibile e mantenimento per tutta la vita utile stimata;
- Implementazione dei sistemi informativi aziendali per un efficace controllo delle attività e dei costi correlati;

- Innovazione tecnologica coerente con l'uso razionale delle risorse umane e finanziarie.

In continuità con le regole di sistema vigenti, acquisisce carattere stabile e definitivo, l'obbligo della "cornice programmatica" delle istanze di finanziamento in conto capitale; conseguentemente le istanze di finanziamento potranno essere redatte solo nell'ambito di piani di investimento "strutturati" a seguito di provvedimento della Giunta regionale e specifica Circolare applicativa della Direzione Generale Welfare. Pertanto qualsiasi istanza estemporanea, non rientrante in tale "cornice programmatica", non sarà procedibile e non sarà tenuta in considerazione.

Eventuali esigenze di interventi urgenti o orientati al miglioramento delle condizioni di sicurezza dovranno essere affrontati, di norma, nell'ambito della autonomia aziendale utilizzando i fondi "indistinti" finalizzati al mantenimento del patrimonio strutturale e tecnologico. Per le stesse finalità potranno essere utilizzate le risorse derivanti da alienazioni del patrimonio immobiliare a seguito della modifica introdotta alla L.R.11/2011 art.8 comma 2bis.

Rimane comunque l'obbligo da parte delle Aziende, prima di individuare ipotesi di nuova costruzione ampliamento o acquisizione di fabbricati, la puntuale rilevazione del patrimonio edilizio disponibile esistente per verificarne il pieno ed efficace utilizzo; tale rilevazione preliminare potrà essere utilizzata quale criterio premiante per l'individuazione dei beneficiari dei contributi regionali nell'ambito dei piani di investimento strutturati.

Solidità programmatica

Nell'arco di vigenza del Piano le Aziende dovranno predisporre, oltre alla puntuale rilevazione dello stato di conservazione degli immobili, la verifica dell'efficace utilizzo degli spazi al fine di meglio finalizzarne il mantenimento o la dismissione e razionalizzare la gestione degli stessi. Particolare attenzione dovrà essere posta nella diagnosi energetica degli edifici ai fini dell'uso razionale delle risorse non rinnovabili.

Analisi ex-post

La valutazione ex post intende misurare gli effetti di medio-lungo termine generati dagli interventi realizzati, come essi abbiano contribuito alla configurazione del sistema di offerta dei servizi socio-sanitari ed in che modo abbiano influenzato i livelli di assistenza assicurati alle comunità. La valutazione ex post contribuisce a consolidare il valore della relazione che deve esistere tra programmazione degli investimenti pubblici e politiche di riqualificazione dell'offerta assistenziale, così da assicurare maggiore efficienza ed efficacia agli investimenti, per altro in un contesto globale sempre più orientato alla qualificazione ed al contenimento della spesa pubblica.

Con gli atti programmatici di Giunta relativi agli investimenti verrà attivata specifica valutazione ex-post sulla base degli indicatori da riportare nelle istanze di finanziamento degli interventi, differenziando tra indicatori di realizzazione e di impatto, che saranno individuati dalle aziende sanitarie e che dovranno rimanere vincolanti per tutta la durata dell'intervento.

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE

Le agenzie, le aziende sanitarie e gli IRCCS devono dotarsi e aggiornare periodicamente il codice di comportamento dei dipendenti, in modo da rendere il documento sempre armonizzato con le misure di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza. Il codice etico è più statico, avendo il valore di Carta contenente la dichiarazione dei valori cui l'ente ispira la propria mission e la propria organizzazione.

Negli enti sanitario lombardi il codice etico-comportamentale è stato introdotto ben prima che divenisse obbligatorio per effetto della Legge 190 del 2012, prima in via sperimentale (DGR n. 17864 dell'11.6.2004) e poi a regime (l.r. 7 marzo, n. 6 che ha introdotto nella l.r. 33/09 l'art. 13 bis).

Il codice deve definire i doveri minimi di diligenza, imparzialità e lealtà che i dipendenti, ma anche i collaboratori e consulenti a qualsiasi titolo sono tenuti ad osservare.

Particolare cura dovrà essere prestata alla prevenzione dei conflitti di interesse, anche potenziali: a tal fine il codice dovrà contemplare:

- l'obbligo di segnalazione da parte del dipendente della partecipazione o appartenenza ad organizzazioni i cui ambiti di operatività possono interferire con lo svolgimento dell'attività aziendale;
- l'obbligo di comunicazione degli interessi finanziari, diretti o familiari, in enti o con soggetti privati;
- l'obbligo di astensione dal partecipare a decisioni o attività che interferiscono con interessi suoi personali o del suo ambito familiare.

Il dipendente, e l'intera organizzazione, devono assicurare la trasparenza delle proprie scelte e la tracciabilità dei processi decisionali.

Il codice deve avere massima diffusione e i dirigenti sono chiamati a vigilare sulla sua applicazione.

TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

Gli Enti del SSR sono tenuti ad adottare i modelli organizzativi e ottemperano agli adempimenti previsti dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione) e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni).

A livello aziendale, il presidio di trasparenza e anticorruzione è affidato al RPCT (responsabile prevenzione della corruzione e trasparenza), in integrazione e sinergia con le funzioni di internal audit, della Qualità, del Controllo di Gestione, del Risk Management e di Data Protection Officer e con la supervisione del RPCT Regionale, le cui competenze consistono nel coordinare e gestire le attività e gli adempimenti in tema di anticorruzione e trasparenza ai sensi della l. 190/2012 e coordinare e verificare l'attuazione delle misure di prevenzione da parte degli enti del Sistema regionale di cui alla l.r. 30/2006.

La prevenzione della corruzione è inoltre nella mission di ORAC (Organismo Regionale per le attività di controllo), istituito con la legge regionale 28 settembre 2018 - n. 13, che definisce gli indirizzi e le linee guida dei sistemi di controllo interno e delle funzioni di audit della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale, valuta, sulla base dell'individuazione e valutazione dei rischi di corruzione effettuati nei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) e sulla base del monitoraggio degli ulteriori rischi effettuato con l'ausilio dei responsabili della funzione di audit, l'incidenza dei rischi sistemici per il corretto funzionamento dei sistemi di controllo interno della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale, verifica che le procedure di acquisto della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale siano conformi ai principi di buon andamento, imparzialità, economicità e appropriatezza.

IL SISTEMA DEI CONTROLLI

Il sistema dei controlli è una componente fondamentale del SSR a garanzia della qualità dei servizi offerti e dell'efficienza e dell'efficacia dell'utilizzo delle risorse. Interessa tutti gli ambiti del sistema ed è articolato su più livelli coordinati ed integrati fra loro.

Livello delle aziende territoriali: funzioni di controllo interno (Controllo di gestione, nuclei interni di controllo sulle prestazioni, internal audit, RPCT) quali strumenti delle Direzioni Generali per leggere le realtà aziendali e compiere scelte funzionali al raggiungimento dei risultati attesi.

Livello delle ATS: esercizio della vigilanza sul rispetto dei requisiti di accreditamento degli erogatori sanitari e sociosanitari, dei requisiti di esercizio delle unità d'offerta sociali, dei controlli di appropriatezza sulle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, dei controlli sull'attuazione delle misure sostenute da Regione Lombardia, dei controlli in materia di farmaceutica e protesica, dei controlli sulle fondazioni, dei controlli di prevenzione medica (ambienti di vita e lavoro, sicurezza alimentare, salute e ambiente, prevenzione nelle comunità), di prevenzione veterinaria (sanità animale, alimenti di origine animale, allevamenti e produzioni zootecniche). I controlli delle ATS sono oggetto di pianificazione annuale e rendicontazione analitica e sono correlati alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

Livello dell'Agenzia di Controllo del SSL: propone alla Giunta Regionale il piano annuale dei controlli e dei protocolli. Le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL s'intendono, esclusivamente per l'esercizio di tale attività, funzionalmente collegate con l'Agenzia di controllo, che ne coordina l'attività verificando la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS. L'Agenzia esercita quindi un raccordo funzionale a garanzia della coerenza del sistema dei controlli sugli erogatori, nella veste di organismo tecnico scientifico indipendente che si avvale di gruppi multidisciplinari di professionisti impiegati nelle attività di controllo delle ATS.

Livello della Giunta Regionale: approva il piano annuale dei controlli e dei protocolli e, nelle regole di sistema annuali, le disposizioni rivolte ai soggetti deputati alle attività di controllo in tutti i livelli sopracitati. Programma strumenti evoluti per l'esercizio dei controlli e governa i flussi informativi connessi.

POLITICHE DEL PERSONALE

La L.R. 23/2015 promuove e valorizza le professioni mediche e sanitarie e assegna loro un ruolo strategico quali risorse dirette al miglioramento dei servizi. In quest'ottica, l'impegno è quello di proseguire nella valorizzazione del personale e delle professionalità operanti nel SSR e nella rete delle unità di offerta socio sanitarie, anche attraverso la promozione di iniziative di formazione, di aggiornamento professionale, nonché con interventi diretti a sviluppare nella misura più ampia ed efficace possibile, nell'ambito del triennio 2018-2020, il superamento del precariato e la valorizzazione delle professionalità acquisite dal personale con rapporti di lavoro di natura flessibile. Con l'autonomia differenziata si darà impulso al percorso tracciato dalla pre intesa del 28 febbraio 2018, al fine di ottenere maggiori autonomie in tema di gestione e formazione del personale socio – sanitario, di gestione trasversale delle risorse del sistema per realizzare in modo reale il passaggio dalla sanità delle prestazioni a quella della presa in carico della persona, di gestione e di definizione delle strategie di acquisto e di distribuzione dei farmaci. Saranno quindi valorizzate le professioni sanitarie attraverso:

- l'introduzione di forme innovative di formazione continua ad ogni livello del sistema per valorizzare le competenze professionali degli attori del SSR;
- lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi;
- la promozione di interventi per la diffusione e la circolazione del sapere e della conoscenza in campo biomedico;
- l'interlocuzione con le amministrazioni centrali volte ad assicurare adeguati standard di dotazione di personale negli enti del SSR;
- l'incremento del numero delle borse, finanziate con risorse regionali, sia per la specializzazione universitaria sia per i corsi di formazione per medici di famiglia, in base alle esigenze specifiche e alle criticità del sistema.

Inoltre, con riferimento ai rapporti con le Università, si prevede di realizzare, in particolare, i seguenti obiettivi:

- monitoraggio, attraverso l'Osservatorio regionale per la formazione medica specialistica, dell'andamento della formazione degli specializzandi e delle scuole di specializzazione;
- miglioramento del meccanismo di definizione del fabbisogno delle professioni sanitarie e degli medici specialisti in relazione ai bisogni emergenti della popolazione.

Autonomia specializzandi e formazione medica specialistica

Al termine della X legislatura, Regione Lombardia ha approvato la legge regionale n. 33 del 12 dicembre 2017, in materia di rapporti con le Università lombarde. Tale legge ha inteso affrontare, su sollecitazione delle Università lombarde, il nodo irrisolto a livello nazionale delle attività degli specializzandi durante il periodo della loro formazione. L'obiettivo dell'art. 34 era quello di offrire agli specializzandi un percorso di autonomia all'interno della formazione medica. Il provvedimento prevedeva una graduale assunzione di responsabilità in 3 step: attività di appoggio, attività di collaborazione e attività autonoma. Tale norma è stata impugnata dal Governo per presunta illegittimità alla Corte Costituzionale. Una volta che sarà definito tale contenzioso, si dovrà procedere con l'applicazione della nuova normativa agli specializzandi.

Nel corso della XI legislatura occorrerà incrementare il numero dei contratti di formazione specialistica, per far fronte alle esigenze del SSR, instaurando una intensa e proficua collaborazione con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR). Infatti, il fabbisogno formativo dei medici specialisti espresso da Regione Lombardia al MIUR, è nettamente superiore ai contratti assegnati, annualmente, alla stessa. La Regione per cercare di ovviare la carenza di borse di studio messe a disposizione dal MIUR, finanzia annualmente i contratti aggiuntivi con esborso economico rilevante e crescente negli anni. Nei prossimi anni si dovrà continuare sulla strada intrapresa cercando, compatibilmente con le risorse economiche disponibili, di aumentare il numero di tali contratti.

Con deliberazione n. X/584 del 1 ottobre 2018, la Giunta regionale ha costituito l'Osservatorio regionale per la formazione medica specialistica, ai sensi del D.lgs. n.368/1999. L'Osservatorio, in particolare, si dovrà occupare della programmazione del fabbisogno formativo dei medici in formazione specialistica, tenendo conto delle specifiche esigenze del territorio della Lombardia, al fine di garantire un adeguato livello di servizi. L'attività dovrà essere svolta in stretto raccordo con le Università lombarde, sedi di Facoltà di Medicina e Chirurgia, in particolare attraverso le seguenti azioni:

- ricognizione delle potenzialità formative risultanti dall'analisi dei volumi delle attività assistenziale delle reti formative delle scuole di specializzazione;

- previsione esigenze regionali in base a linee programmatiche di sviluppo del SSR;
- formazione dei medici nelle diverse discipline in numero tale da soddisfare le esigenze del SSR.

SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO E SANITÀ DIGITALE

Il Sistema Informativo Sanitario Lombardo rappresenta il fattore abilitante per la condivisione delle informazioni tra gli ospedali, le strutture sanitarie, le ATS, le farmacie, e gli operatori sanitari regionali per rendere disponibili e semplificare i servizi offerti agli assistiti, garantendo privacy e sicurezza delle informazioni.

Nel corso della X Legislatura, l'attuazione della legge regionale 11 agosto 2015, n.23 e la costituzione dei nuovi enti sanitari ATS e ASST ha particolarmente favorito il processo di omogeneizzazione e di interoperabilità con il sistema centrale regionale dei sistemi informativi aziendali visti come componenti di un unico disegno progettuale.

L'impegno per la XI legislatura è quello di proseguire in tal senso al fine di trasformare il SSR in un sistema realmente integrato. Inoltre, al fine di conseguire gli obiettivi di semplificazione, efficienza e miglioramento dell'assistenza sanitaria, in coerenza con la normativa nazionale, verrà rafforzata l'innovazione digitale in sanità. In tale prospettiva, gli obiettivi per la XI Legislatura riguarderanno:

Rete di Prenotazioni ed accoglienza

Si prevede di ottimizzare il processo di prenotazione di visite e esami con l'obiettivo di realizzare in un'unica fase la valutazione sulla disponibilità della prestazione richiesta e la relativa prenotazione sui vari canali disponibili (CCR, App Salutale e sito di prenotazione online).

Cartella sociale informatizzata

Su questa tematica si prevede, nello specifico, di implementare il raccordo con la cartella sociale informatizzata, anche in termini di interoperabilità con le banche dati nazionali e regionali, con particolare riferimento al sistema SIOSS.

Evoluzione del Fascicolo sanitario elettronico

Il Fascicolo Sanitario Elettronico è uno degli ambiti prioritari di sviluppo previsti nel contesto della sanità digitale (decreto legge n. 179/2012 – DPCM 29 settembre 2015 n. 178).

Istituito in Regione Lombardia da diversi anni, rappresenta lo strumento di condivisione delle informazioni e dei documenti clinici del paziente tra tutti gli operatori sanitari, assumendo pertanto un ruolo di riferimento nel contesto della recente realizzazione del percorso della presa in carico del paziente cronico.

Evoluzione del processo di Integrazione dei sistemi informativi territoriali per la presa in carico del soggetto fragile

La Piattaforma Regionale di Integrazione (PRI), in uso alle ASST del territorio, viene individuata come lo strumento a supporto degli attori coinvolti nel processo di gestione della Presa in Carico.

Il sistema PIC-T, integrato nativamente alla Piattaforma Regionale di Integrazione è utilizzato dalle ASST per supportare il medico nell'attività clinica e per garantire l'allineamento delle informazioni di patrimonio aziendale con le funzioni tipiche della Presa In Carico, quali, ad esempio, l'archiviazione del PAI nel Repository aziendale.

PIC-T evolverà in modo sinergico agli assestamenti organizzativi e tecnologici in corso per il miglioramento continuo della gestione della domanda e dell'offerta del Sistema Socio Sanitario Lombardo.

Coordinamento verso territorio ed Enti centrali in tema di sicurezza e innovazione

Il livello di attenzione che Regione Lombardia dedica al tema della Sicurezza delle Informazioni nel sistema socio-sanitario ha portato all'adozione di un modello organizzativo che, attraverso il coinvolgimento di rappresentanti di Regione Lombardia, di Lombardia Informatica ed esponenti degli Enti Sanitari, definisce e coordina i Piani Biennali per la Sicurezza delle Informazioni dei singoli Enti. A supporto per la realizzazione degli interventi previsti nei piani, sono stati messi a disposizione i Servizi Centralizzati quali le Linee Guida

regionali per la Sicurezza delle Informazioni, il Security Maturity Model, il Framework di politiche e procedure per la Sicurezza delle Informazioni.