

PIANO SOCIOSANITARIO
2006-2008

INTRODUZIONE.....	7
<i>Il modello federale di governo</i>	<i>7</i>
LA MISSIONE E GLI OBIETTIVI DEL SISTEMA LOMBARDO	9
<i>Il governo del Sistema Sanitario</i>	<i>9</i>
<i>La rete dei servizi.....</i>	<i>11</i>
<i>I sistemi di valutazione, la qualità dei servizi e l'analisi di impatto delle politiche.....</i>	<i>11</i>
<i>Il terzo settore sanitario, sociosanitario e sociale</i>	<i>12</i>
<i>L'integrazione degli interventi sanitari con gli interventi socioassistenziali.....</i>	<i>13</i>
PARTE I IL CONTESTO DI RIFERIMENTO E LE LINEE DI SVILUPPO	14
<i>Il miglioramento continuo della qualità nel Sistema: prospettive future.....</i>	<i>14</i>
<i>Il ruolo della Regione e delle ASL</i>	<i>17</i>
<i>L'attività progettuale.....</i>	<i>19</i>
<i>Le collaborazioni pubblico privato</i>	<i>19</i>
<i>Il sistema sanitario e socio-sanitario in Italia ed in Europa</i>	<i>20</i>
<i>LEA : ulteriori livelli regionali</i>	<i>21</i>
<i>L'accessibilità delle prestazioni</i>	<i>21</i>
<i>I Tempi di attesa</i>	<i>23</i>
<i>La valorizzazione delle professionalità per migliorare il SSR.....</i>	<i>24</i>
<i>La libera professione.....</i>	<i>25</i>
<i>La promozione del governo clinico nell'organizzazione sanitaria</i>	<i>26</i>
<i>La valutazione permanente e la responsabilizzazione delle risorse umane.....</i>	<i>27</i>
<i>La gestione del Rischio in sanità.....</i>	<i>28</i>
<i>I Cittadini e la famiglia: partecipazione, educazione, informazione e comunicazione</i>	<i>29</i>
<i>L'area delle funzioni informative e di ascolto.....</i>	<i>29</i>
<i>L'accoglienza degli utenti.....</i>	<i>30</i>
<i>L'area delle funzioni di comunicazione.....</i>	<i>31</i>
<i>Le nuove sfide: linee di sviluppo delle politiche sociosanitarie in continuità con le azioni attuate nell'ultimo triennio</i>	<i>31</i>
LOMBARDIA: IL CONTESTO DEMOGRAFICO E IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO.	35
<i>Il contesto demografico e sociale</i>	<i>35</i>
- <i>Famiglia</i>	<i>36</i>
- <i>Minori.....</i>	<i>36</i>
- <i>Giovani.....</i>	<i>37</i>
- <i>Anziani</i>	<i>37</i>
- <i>Disabili.....</i>	<i>38</i>
- <i>Poveri</i>	<i>39</i>
- <i>Immigrati.....</i>	<i>39</i>
- <i>Dipendenti da droga ed alcool</i>	<i>40</i>
- <i>Terzo settore</i>	<i>40</i>
<i>Il quadro epidemiologico</i>	<i>40</i>

IL SODDISFACIMENTO DEL BISOGNO.....	42
<i>La Prevenzione: il rilancio sulla base dell'evidenza scientifica</i>	<i>42</i>
<i>Le cure primarie.....</i>	<i>43</i>
<i>La formazione del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di libera scelta</i>	<i>44</i>
- <i>La continuità assistenziale.....</i>	<i>45</i>
<i>Associazionismo evoluto e integrato in medicina generale</i>	<i>45</i>
<i>Ospedale: il mantenimento dell'alto livello qualitativo delle attività per acuti.....</i>	<i>45</i>
<i>Il riordino/innovazione della rete poliambulatoriale.....</i>	<i>46</i>
<i>La rete dell'emergenza urgenza – l'Azienda Regionale Lombarda.....</i>	<i>46</i>
- <i>Pronto soccorso/ DEA/ EAS.....</i>	<i>47</i>
- <i>Filtro e ricoveri</i>	<i>47</i>
- <i>Reti per patologie ad alta complessità.....</i>	<i>48</i>
- <i>La rete del trasporto sanitario di soccorso</i>	<i>48</i>
- <i>Emergenza per eventi straordinari di bioterrorismo.....</i>	<i>49</i>
- <i>L'emergenza urgenza come sistema regionale. Il nuovo soggetto gestionale.....</i>	<i>49</i>
<i>La Rete delle Strutture Riabilitative</i>	<i>50</i>
<i>L'assistenza e cura post/acuta e cronica a domicilio.....</i>	<i>51</i>
<i>I processi di riforma: le strategie, gli obiettivi e le azioni per il prossimo triennio.....</i>	<i>51</i>
<i>La famiglia tra fragilità e risorse</i>	<i>51</i>
<i>Gli anziani.....</i>	<i>53</i>
<i>I disabili.....</i>	<i>53</i>
<i>Continuità' del percorso assistenziale ospedale territorio per il paziente disabile.....</i>	<i>54</i>
<i>I minori.....</i>	<i>55</i>
<i>Povertà, emarginazione, carcere</i>	<i>56</i>
<i>Immigrazione, rifugiati e richiedenti asilo.....</i>	<i>57</i>
<i>Emigrazione e frontalierato</i>	<i>57</i>
<i>Le dipendenze</i>	<i>58</i>
LE REGOLE DI GOVERNO DEL SISTEMA.....	59
<i>Il finanziamento del sistema.....</i>	<i>59</i>
<i>La negoziazione ed i contratti</i>	<i>60</i>
<i>L'autorizzazione, l'accreditamento e la qualità</i>	<i>61</i>
<i>Il Sistema dei controlli.....</i>	<i>62</i>
<i>I controlli sulle prestazioni dei servizi sanitari.....</i>	<i>62</i>
<i>I controlli contabili</i>	<i>64</i>
<i>La programmazione sociale e sociosanitaria</i>	<i>64</i>
- <i>I piani di Zona</i>	<i>64</i>
- <i>I Piani Aziendali</i>	<i>65</i>
<i>I soggetti della programmazione a rete: i soggetti pubblici.....</i>	<i>65</i>
- <i>Il ruolo dei Comuni</i>	<i>66</i>
- <i>Il ruolo delle ASL.....</i>	<i>66</i>
- <i>Il ruolo delle Province.....</i>	<i>67</i>

<i>Il privato sociale</i>	67
- <i>Il Terzo Settore</i>	67
- <i>L'impresa sociale</i>	68
- <i>Fondazioni di erogazione (grant making)</i>	69
- <i>Associazionismo di solidarietà familiare</i>	70
- <i>Il Servizio civile</i>	70
<i>La semplificazione amministrativa in ambito sociosanitario e sociale</i>	71
<i>Il Governo degli Ospedali pubblici</i>	71
- <i>L'attivazione di sperimentazioni gestionali/collaborazioni pubblico privato e la trasformazione di Aziende o parti di esse in Fondazioni</i>	71
- <i>Gli investimenti</i>	73
- <i>Il Patrimonio Strutturale ed i finanziamenti in conto capitale</i>	74
LA FORMAZIONE, LA RICERCA E L'INNOVAZIONE	76
<i>La valutazione delle tecnologie in termini di efficacia e di costi come priorità di un programma di eccellenza</i>	76
<i>La formazione</i>	77
<i>Il ruolo dell'Università</i>	78
<i>La rete regionale della formazione, della ricerca e dell'assistenza</i>	78
<i>La formazione del personale del Servizio Sanitario Regionale</i>	79
- <i>Sviluppo e diffusione della formazione manageriale</i>	80
- <i>La formazione continua/ECM - CPD</i>	80
- <i>La Formazione degli operatori del welfare</i>	82
<i>La ricerca e l'innovazione</i>	83
- <i>Governance della Ricerca</i>	84
- <i>La ricerca biomedica e tecnologica</i>	84
- <i>I Settori strategici nei prossimi anni</i>	85
- <i>Le sinergie tra ricerca e formazione</i>	86
<i>Lo Sviluppo dei sistemi informativi sociosanitari e la sanità digitale</i>	86
- <i>Lo sviluppo dell'e-Health</i>	87
- <i>La telemedicina</i>	88
- <i>Il Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS)</i>	88
- <i>Il Sistema Direzionale</i>	89
- <i>I Sistemi Informativi Aziendali</i>	89
PARTE II LE LINEE DI INTERVENTO PRIORITARIO	90
<i>La promozione della salute dall'età evolutiva: punti strategici di innovazione</i>	90
<i>Promozione degli stili di vita</i>	90
<i>Prevenzione e controllo delle malattie infettive</i>	91
<i>Accertamento del diritto all'indennizzo ex L. 210/92</i>	92
<i>Prevenzione delle malattie infettive a rilevante impatto sociale (mst, hiv, aids e tb)</i>	92
<i>Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie ad ampio impatto sociale</i>	92
a. <i>Prevenzione, diagnosi e cura della patologia oncologica</i>	93
b. <i>Prevenzione diagnosi e cura delle malattie cardiocerebrovascolari</i>	94
c. <i>Il Sistema Sangue regionale</i>	95
<i>Prevenzione delle malattie cronico degenerative ad ampio impatto sociale</i>	95

Il diabete	95
Obesità	96
Patologie dell'apparato respiratorio.....	96
Malattie allergiche	96
Le malattie reumatiche.....	97
Le malattie renali.....	97
Le malattie neurologiche.....	97
La promozione e tutela della famiglia.....	98
Il governo della rete sociosanitaria.....	98
Il consolidamento istituzionale della sussidiarietà e lo sviluppo del Terzo Settore.....	98
La coesione sociale	99
GLI OBIETTIVI DI SALUTE E DI BENESSERE SOCIALE.....	99
La salute della donna e del bambino, la tutela dei minori e gli interventi nei confronti degli adolescenti	99
- L'équipe ostetrica (ginecologo e ostetrica).....	100
- Ospedalizzazione in età pediatrica.....	100
- Urgenza – emergenza pediatrica.....	101
- Prevenzione della sindrome della morte improvvisa dell'infante (SIDS) e della morte inaspettata del feto	102
Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.....	102
- Piano regionale amianto.....	102
PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA	103
Prevenzione degli Infortuni Domestici	104
Prevenzione degli incidenti stradali	104
Sicurezza alimentare	104
Ruolo dell' Istituto Zooprofilattico Sperimentale.....	105
Prevenzione delle malattie infettive trasmissibili dagli animali all' uomo.....	106
Tutela del benessere animale	106
Lotta al randagismo	106
LA SALUTE MENTALE : PSICHIATRIA, DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE, NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL' ADOLESCENZA E DISABILITA' CORRELATE, PSICOLOGIA.....	106
Psichiatria	106
I disturbi del comportamento alimentare.....	107
La neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.....	107
Psicologia	108
Livelli di cura ad elevate intensività ed integrazione assistenziale.....	109
L'ospedalizzazione domiciliare (OD).....	109
La rete delle cure palliative e degli interventi assistenziali nella fase finale della vita.....	110
La terapia del dolore e l'ospedale senza dolore.....	110
Patologie cronico degenerative.....	111
I PROGETTI INNOVATIVI - IL SOSTEGNO E LO SVILUPPO DELLE RETI.....	112
Il Network di Patologia	112
La politica del farmaco	113

<i>La medicina complementare</i>	114
<i>La rete lombarda HPH (Health Promoting Hospitals)</i>	114
<i>Internazionalizzazione del Servizio Sanitario lombardo</i>	115
<i>Emergenze sanitarie internazionali</i>	116
<i>La coprogettazione come risorsa</i>	116
<i>Profit, non profit e quasi mercato</i>	116
<i>Impresa sociale e Fondazioni</i>	117
<i>Monitoraggio dei costi nelle RSA</i>	117
<i>Case management</i>	117
<i>Custode sociosanitario</i>	117
<i>Iniziative in quartieri periferici disagiati</i>	117
<i>Telefonia sociale</i>	117
<i>Innovazione tecnologica (domotica)</i>	117
<i>Sportello disabili</i>	118
ALLEGATI	119

INTRODUZIONE

Il modello federale di governo

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

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

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

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

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

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

L'individuazione di tetti di spesa riferiti alle singole sottovoci della spesa sanitaria regionale e commisurati non all'obbligazione erogativa regionale, ma alla spesa che lo Stato decide di finanziare rapportandola al PIL, è ad esempio una chiara reiterazione dei tradizionali ed ormai consolidati meccanismi di mantenimento del controllo centralizzato sulla finanza pubblica; è d'altronde evidente che tali meccanismi sono destinati ad apparire antistorici in un contesto nel quale le obbligazioni dei livelli essenziali di assistenza sono state decentrate alla responsabilità regionale.

Non va peraltro sottovalutato che lo stesso principio della responsabilità delle regioni in ordine alla garanzia dei saldi contabili concordati nei Patti di stabilità è stato sottoposto negli ultimi anni ad una serie di eccezioni e di deroghe: proprio nelle ultime leggi finanziarie statali è stata infatti reiterata quella tradizionale prassi dell'intervento statale di ripiano dei debiti maturati dalle Regioni nel settore sanitario

che non solo si pone in palese contraddizione con le regole del federalismo, ma che oltretutto rischia di penalizzare proprio le Regioni più virtuose in termini di efficienza di spesa. I deficit strutturali di poche regioni rischiano infatti di causare la recessione delle altre.

Se, pertanto, l'attuale modello di federalismo sanitario sembra essere caratterizzato dalle anomalie e dalle contraddizioni che si sono ora descritte, per altro verso segnali positivi di cambiamento sembrano provenire dai processi di riforma istituzionale in atto.

In particolare, si fa riferimento alla scelta - compiuta dalla legge costituzionale di riforma della Parte II della Costituzione recentemente approvata dal Parlamento - di riconoscere in capo alle Regioni una competenza legislativa esclusiva in materia di assistenza e organizzazione sanitaria, ferma restando la competenza statale sulla determinazione dei livelli essenziali di assistenza. Proprio tale nuova opzione di riparto delle competenze legislative consentirà infatti, qualora ratificata dal referendum popolare, di consolidare quel percorso di adeguamento dell'ordinamento sanitario ai bisogni del territorio di riferimento già intrapreso da numerose Regioni, prima fra tutte la Regione Lombardia.

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

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

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

In particolare, i benefici derivanti dall'implementazione di un modello di governo federale della sanità sono destinati ad assumere specifico rilievo nella realtà regionale della Lombardia, ove negli ultimi anni si sono affermate nuove dinamiche e mutamenti dello scenario sociodemografico, epidemiologico e sociale (l'incrementale invecchiamento della popolazione, lo sviluppo delle pluripatologie, la maggiore complessità dei processi e dei percorsi diagnostico-terapeutici, la riduzione della potenzialità di assistenza informale da parte dei nuclei familiari, ecc.) che hanno contribuito alla creazione di aree socio-demografiche e socio-economiche caratterizzate da una differenziazione della domanda territoriale di servizi. Da questo progressivo ed importante mutamento dello scenario sociale originano le grandi sfide alle future politiche sanitarie regionali cui debbono corrispondere originali tattiche e strategie di risposta; già nella legislazione regionale vigente, peraltro, nell'ambito dell'articolazione ed

organizzazione dell'assistenza sanitaria, è stata valorizzata l'autonomia di governo delle ASL, la cui competenza territoriale coincide tendenzialmente con il territorio provinciale, mentre ai distretti è stata affidata la competenza territoriale di aree tendenzialmente omogenee. Ovviamente, affinché tutti questi aspetti positivi possano esplicarsi liberamente, è necessario che il processo di devolution sanitaria trovi attuazione e complemento nella più generale riforma del federalismo fiscale, oggetto dell'attuale dibattito istituzionale sull'attuazione dell'art. 119 della Costituzione.

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

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

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

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

LA MISSIONE E GLI OBIETTIVI DEL SISTEMA LOMBARDO

Secondo l'OMS, il Sistema Sanitario ha come compito quello di "dare più anni alla vita e più vita agli anni", effettuando interventi efficaci ed efficienti sia in ambito preventivo sia curativo e riabilitativo. In questa prospettiva, diventa fondamentale passare dalla gestione della sanità con prevalenti aspetti curativi alla gestione della salute con attenzione alle condizioni di benessere complessivo.

Il governo del Sistema Sanitario

La crescita dei sistemi sociali, l'evoluzione delle conoscenze scientifiche, l'introduzione delle moderne tecnologie e lo sviluppo impetuoso della società multimediale hanno accresciuto in maniera rilevante e con rapidità sia il "bisogno collettivo di salute" della popolazione che la coscienza individuale rispetto alle proprie "attese di salute" ed alla ricerca delle risposte più adeguate. Ciò potrebbe

determinare una crescita inarrestabile della domanda, sul piano qualitativo e quantitativo, rendendo critico l'impiego delle risorse destinate, che sono limitate. A fronte di tutto ciò, i governi nazionali e regionali sono tenuti a rimodulare la propria azione ed a individuare nuovi obiettivi.

Oltre a ciò avanzano due fattori di sfida:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- il principio del rispetto della dignità umana, secondo cui tutti hanno gli stessi diritti, indipendentemente dalle caratteristiche personali;
- il principio del soddisfacimento del bisogno di salute;
- il principio dell'equità e della pari opportunità di accesso all'assistenza garantendo la libera scelta del cittadino;
- il principio della qualità delle cure e della loro appropriatezza, riguardo le specifiche esigenze;
- il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Formattati: Elenchi puntati e numerati

Formattati: Elenchi puntati e numerati

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

La rete dei servizi

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

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

3° livello: assistenza ospedaliera a media ed alta tecnologia;

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

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

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

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

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

1. le strutture ospedaliere periferiche senza criticità di collegamento con la struttura / presidio ospedaliero di riferimento, per le quali occorre una approfondita riflessione in merito alla loro possibile riconversione, anche sperimentando forme alternative di assistenza e cura, ponendo particolare attenzione a garantire la presenza di mezzi di trasporto con personale preparato per l'emergenza urgenza;
2. le strutture ospedaliere ("zonali", storicamente consolidate sul territorio), solitamente costituite da reparti di base (medicina, chirurgia, ostetricia, pediatria) relativamente più distanti dai centri di riferimento. Queste strutture possono essere mantenute, in relazione ad un volume di domanda appropriato a garantire la qualità del servizio, se necessario razionalizzando i posti letto, integrando i reparti, utilizzando al meglio le risorse. In mancanza di questi presupposti si potrà prendere in considerazione una loro riorganizzazione e/o una loro parziale o totale riqualificazione, in particolare per i bisogni del paziente cronico, in termini di:
 - punto di erogazione delle cure primarie (gruppi di cure primarie)
 - poliambulatorio per l'erogazione di prestazioni specialistiche
 - sperimentazione dell'ospedale di comunità (country hospital) a gestione integrata con i MMG
 - aggregazione delle sopraccitate tipologie in centri di assistenza territoriali.
3. le strutture ospedaliere, di piccole dimensioni, che servono zone geograficamente disagiate, quali in particolare tutta la fascia alpina, prealpina e le aree montane in genere, in cui vanno assicurati i servizi necessari in base alla domanda locale appropriata. Il livello di competenza del personale potrebbe essere garantito dalla organizzazione dipartimentale ed interaziendale, con personale in turnazione proveniente dal presidio principale di riferimento, per mantenere un'adeguata capacità operativa. Per la riqualificazione di tali strutture, risultano indispensabili:
 - la presenza di unità operative in grado di ripristinare e mantenere le funzioni vitali del paziente, con il supporto di anestesista o intensivista formato attraverso percorsi formativi regionali.
 - un pronto soccorso strutturato, dotato dell'adeguato supporto diagnostico e di telemedicina, con possibilità di refertazione e consulto a distanza.

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

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

La rete dei servizi si svilupperà secondo la logica del network di patologia

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

In relazione al tema della valutazione della qualità dei servizi, sarà indispensabile proseguire il percorso iniziato fin dal 1999 con quella che può essere definita la valutazione ex – ante dei servizi sanitari e che coincide con il percorso di certificazione dei processi e di valutazione delle strutture con gli standard di qualità. Questa parte del lavoro, che è la premessa per un "ben lavorare" all'interno delle strutture, richiede che siano introdotti elementi oggettivi e scientificamente validati di misurazione dell'efficacia e

dell'appropriatezza dei servizi erogati. A questo fine, i fronti della qualità possono essere individuati come segue:

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

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

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

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

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

- Il sistema di accreditamento e contratto di regola. Esso costituisce altresì il punto di partenza per la programmazione della spesa, per il suo controllo e per la valutazione della sua sostenibilità rispetto ai benefici;
- Il sistema di remunerazione delle prestazioni di lungoassistenza. Al fine di orientarsi sempre più verso un modello di remunerazione legato all'efficacia e alla qualità del percorso assistenziale saranno individuate forme di remunerazione finalizzate a questo obiettivo. Tali forme di remunerazione verranno costruite secondo indicatori legati sia alle strutture che all'assistenza globalmente intesa (indicatori di esito/outcome) anche con riferimento al livello di qualità percepita dall'utenza.

In tale direzione sono state messe a punto modalità per la misurazione della customer satisfaction. Nell'ambito della "qualità aggiunta" si colloca altresì l'obiettivo di riconoscere e stimolare, negli Enti gestori, la capacità di esprimere la loro autonomia attraverso la realizzazione di progetti assistenziali innovativi;

- Il sistema di vigilanza e controllo. E' basato sul rispetto di regole e modalità condivise tra i soggetti coinvolti nell'interesse del cittadino fruitore del servizio. Oltre alla verifica dei requisiti di autorizzazione e accreditamento, è prevista quella della appropriatezza delle prestazioni al fine di realizzare un vero controllo della qualità.

Il sistema di valutazione degli impatti delle nuove regole e delle nuove modalità di risposta ai bisogni. Il percorso iniziato, con particolare riferimento ai processi di voucherizzazione verrà completato.

Il terzo settore sanitario, sociosanitario e sociale

Nell'ambito sanitario, tra le azioni strategiche da promuovere nel prossimo triennio, particolare attenzione deve essere rivolta all'implementazione di una nuova strategia di confronto e di ricerca di sinergie, che possa essere applicata a molti degli interventi previsti dal Piano Socio Sanitario Regionale ed in particolare a quelli che sono in diretta relazione con il cittadino. In questo senso, si parla dell'attivazione di un "Tavolo del Terzo Settore Sanitario". Questa articolazione organizzativa, espressione forte di "sussidiarietà orizzontale", consentirà interventi efficaci nei percorsi dell'accoglienza (accessibilità, tempi di attesa, ecc.) dei cittadini, oltre che nelle attività di "educazione" e "prevenzione",

individuando eventualmente fonti di finanziamento per poter sostenere il settore del volontariato in sanità. Va peraltro sottolineato che gli interventi educazionali richiedono una preparazione specifica.

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

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

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

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

L'integrazione degli interventi sanitari con gli interventi socioassistenziali

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

Chi ricorre ai servizi dell'area socio sanitaria si trova solitamente in uno stato di bisogno e di non autosufficienza che non gli consente di provvedere a se stesso e che pertanto lo pone nelle condizioni di necessitare di un aiuto esterno. Per queste ragioni, la persona fragile e la sua famiglia devono costituire l'esclusivo riferimento per determinare regole e procedure.

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

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

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

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

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

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

PARTE I IL CONTESTO DI RIFERIMENTO E LE LINEE DI SVILUPPO

Il miglioramento continuo della qualità nel Sistema: prospettive future

La sfida che ancora una volta si pone innanzi al nuovo PSSR 2006-2008 è la prosecuzione di quel percorso di riforma del sistema socio-sanitario e sociale regionale e del rapporto tra questo e la società civile che, soprattutto a seguito dell'approvazione della legge n. 31 del 1997, ha rivestito un ruolo centrale all'interno delle attività di governo regionale. Data l'esigenza di garantire, attraverso la flessibilità dell'offerta, l'effettiva soddisfazione dei bisogni espressi dai cittadini, il PSSR 2006-2008 intende infatti continuare il cammino intrapreso dal precedente piano socio-sanitario regionale, adeguando le sue azioni programmatiche alle nuove sfide provenienti da una realtà in continuo divenire e alle nuove esigenze di promozione della qualità ed appropriatezza del servizio.

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

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

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

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

La seconda fase può quindi essere ben definita in sintesi come la fase della qualità e dell'appropriatezza perseguite attraverso il coinvolgimento e la corresponsabilizzazione di tutti i soggetti che operano nel sistema¹. La recente storia insegna quindi che lo sviluppo quantitativo di un servizio

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

non può prescindere dal livello qualitativo del medesimo e che Regione Lombardia è ormai pronta ad affrontare il percorso di consolidamento, di mantenimento e di differenziazione della modalità di erogazione dei servizi, al fine di renderli più adeguati alle necessità della popolazione. In particolare l'attuazione del PSSR 2002 – 2004 ha esteso anche alla rete delle strutture sociosanitarie il sistema dei controlli di appropriatezza e ha introdotto uno strumento per il monitoraggio delle condizioni di fragilità della popolazione anziana.

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

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

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

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

1. «i valori primari della dignità di ogni persona, e della non discriminazione, la centralità del cittadino e della famiglia, l'importanza dei corpi intermedi, il primato della società su ogni forma di degenerazione statalista e burocratica, il ruolo delle istituzioni in una società aperta»;
2. «la solidarietà intesa come sostegno reale, non assistenzialistico, a chi è nel bisogno che si realizza attraverso la partecipazione e condivisione di diritti e doveri nella società»;
3. la decisione di affidarsi al criterio della «programmazione strategica e negoziata» in cui vengano individuati obiettivi prioritari
4. un ruolo regionale di governance che funga da «volano» rispetto al tessuto sociale e istituzionale, in grado di «valorizzarne le diverse autonome competenze, coerente con lo sviluppo del principio di «sussidiarietà istituzionale» o «sussidiarietà solidale»;
5. una separazione tendenziale tra il livello sanitario (di primaria competenza regionale) e il livello socio-assistenziale (di primaria competenza comunale) fatta salva la competenza regionale in materia socio-sanitaria;
6. la distinzione metodologica e di competenze tra chi «programma, acquista e controlla » e chi «produce» il servizio;
7. la valorizzazione delle strutture territoriali per una effettiva integrazione delle attività di promozione alla salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Dati questi valori di fondo, il PSSR individua le linee di sviluppo del sistema. Le coordinate di questa traiettoria sono rappresentate dalla l.r. n. 31/1997, dal Programma Regionale di Sviluppo approvato con DCR n. VIII/25 del 26 ottobre 2005 e dal Documento di Programmazione economico-finanziario regionale 2006–2008 approvato con DCR n. VIII/26 del 26 ottobre 2005. In particolare, il

PSSR 2006-2008 dovrà dare risposte a bisogni “non tradizionali” e in parte non soddisfatti nei seguenti ambiti di intervento:

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

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

- l'assistenza e cura post acuta e cronica si avvarrà dell'implementazione dell' assistenza domiciliare integrata, dell'ospedalizzazione domiciliare, dell' assistenza semi-residenziale e residenziale spostando il baricentro dell'azione sanitaria per le persone fragili dall'ospedale o dalla RSA al territorio, avvalendosi anche degli strumenti messi a disposizione dall'ICT e dalla telemedicina. Nella prevenzione terziaria è importante ricomprendere e promuovere una nuova visione della medicina e in particolare della riabilitazione, anche con la verifica dei recenti percorsi per la stabilizzazione ed il reinserimento, e della chirurgia geriatrica minore di carattere profilattico e preventivo, tesa ad evitare incidenti vascolari, disabilità e patologie gravi multiorgano e a conservare il più a lungo possibile uno stato di salute compatibile con una autonomia funzionale dei pazienti anziani.

- l'area di disagio sommerso dovuta alle numerose situazioni di emarginazione è stata affrontata in altrettanto numerosi provvedimenti. In particolare l'area delle patologie psichiatriche, NPI è stata oggetto di riordino nel piano regionale per la salute mentale, costruito sulla necessità di sviluppare i servizi secondo modalità di erogazione più flessibili rispetto a quelle attuali e più “attente” alle reali necessità di tipo riabilitativo ed assistenziale dei pazienti. La patologia di tipo psichiatrico, soprattutto nelle sue espressioni più gravi, è infatti di tipo cronico e vede incrementare la prevalenza, ovvero il numero, dei pazienti che necessitano di essere seguiti. La sfida dei prossimi anni è, conseguentemente, quella di superare l'“emergenza” della fase immediatamente successiva la chiusura degli ex ospedali psichiatrici e di promuovere una nuova modalità di presa in cura dei pazienti di tipo psichiatrico che preveda, da un lato, delle azioni preventive fin dall'infanzia e, dall'altro lato, delle modalità di cura territoriali e residenziali che siano veramente innovative rispetto alla “vecchia” residenzializzazione forzata.

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

- il mantenimento dell'alto livello qualitativo degli ospedali, attraverso la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri a seconda del tipo di patologia e per il tempo strettamente necessario, rappresenta una priorità assoluta del prossimo triennio.
- la rete dell'emergenza urgenza / 118 dovrà essere sviluppata non tanto sotto il profilo quantitativo, quanto piuttosto dal punto di vista qualitativo e gestionale. L'obiettivo di breve termine è quello di integrare il sistema informativo delle centrali operative con quello di accettazione dei pazienti negli ospedali, uniformando i criteri di classificazione dei pazienti; tale intervento rappresenta, infatti, un passaggio obbligato nella direzione della misurazione sia della complessità dei pazienti che usufruiscono dei servizi 118, sia dei risultati a breve medio termine dei servizi erogati in termini di minore mortalità e/o di più efficace ripristino della funzionalità di organo e di apparato. Anche in questo ambito di intervento, diventa peraltro prioritaria la valutazione dell'appropriatezza di espressione del bisogno sia verso il pronto soccorso che verso le centrali operative del 118. Particolare attenzione dovrà infine essere rivolta alla programmazione degli interventi relativi alle emergenze stagionali, quali quelle rappresentate dall'annuale insorgere dell'epidemia influenzale, con la connessa necessità, per poche settimane, di potenziare l'offerta nelle unità operative di tipo internistico.
- le cure primarie sono state caratterizzate negli ultimi anni da una metamorfosi lenta, ma inarrestabile, soprattutto per la scelta della Regione Lombardia di scommettere da tempo su una medicina di base in forma associata, quale tentativo di risposta alle esigenze di riequilibrio di un modello sanitario fortemente sbilanciato sul livello ospedaliero. Le sfide che dovranno essere affrontate nel triennio riguardano, conseguentemente, l'ulteriore sviluppo delle forme associative come alternativa alle sole prestazioni ospedaliere di I e II livello, l'adozione di strategie per risolvere il problema dell'annosa carenza di pediatri, l'implementazione di proposte riorganizzative finalizzate ad ottimizzare il servizio di continuità assistenziale.
- la rete delle strutture riabilitative è stata recentemente protagonista di un percorso di riordino, tuttora in fase di attuazione, finalizzato alla riclassificazione delle strutture su tre livelli di erogazione dei servizi: la riabilitazione specialistica per interventi post-acuti o intensivi, la riabilitazione generale e geriatrica a carattere indifferenziato ed estensivo, la riabilitazione di mantenimento e di sollievo, destinata alla delicata fase della dimissione. Gli interventi, per il prossimo triennio, sono finalizzati, da un lato, ad approfondire l'analisi dei reali bisogni in ambito riabilitativo, nel tentativo di individuare corrette modalità di erogazione delle cure, e, dall'altro lato, a promuovere l'integrazione della riabilitazione dei settori sanitario e socio-sanitario, per raggiungere una più omogenea distribuzione sul territorio lombardo dei posti letto a carattere riabilitativo.
- la rete delle strutture sociosanitarie anch'essa protagonista di un completo riordino nello scorso triennio.
- La rete sociale che prima a livello nazionale è stata "rivisitata" con i piani di zona ex-lege 328/2000.

Il ruolo della Regione e delle ASL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) Esercizio del proprio ruolo di garante del cittadino attraverso l' attività di informazione, così da consentirgli, a fronte della pluralità di erogatori accreditati, di operare scelte libere e consapevoli;
- 2) Porta di accesso per la piena funzione dei LEA;
- 3) Individuazione della domanda espressa e inespressa di bisogni sanitari del territorio
- 4) Controllo dell' equilibrio economico finanziario
- 5) Definizione delle priorità in termini di fabbisogno e allocazione delle risorse umane
- 6) Verifica della qualità dei servizi e livello di performance raggiunto
- 7) Costruzione di un Budget di Distretto che possa rafforzare ed esplicitare la funzione del Distretto come unità organizzativa responsabile della tutela della salute della popolazione presente nel territorio di riferimento
- 8) Avvio di progetti specifici da parte delle strutture erogatrici e dell' ASL competente per territorio, in accordo con i MMG e i PLS, di Percorsi Diagnostici Terapeutici (PDT) per le principali patologie trattate a livello ambulatoriale.
- 9) Collaborazione per coinvolgere i MMG e i PLS nella costruzione:
 - a. di una rete informatica per la lettura delle informazioni di consumo, di azione sanitaria, di risultato di salute, di valutazione della spesa;
 - b. del Distretto quale ambito della integrazione socio-sanitaria. Il Distretto, infatti, oltre ad essere un sottosistema dell'ASL (in quanto articolazione organizzativa funzionale in cui si realizzano i processi organizzativi relativamente alla programmazione, all'organizzazione, all'erogazione e al controllo come parte degli analoghi processi definiti e realizzati dal più ampio sistema ASL), si configura come sistema di relazioni socio sanitarie di base, che supera i confini formali della struttura ASL, coinvolgendo attività e servizi di altre istituzioni e realtà sociali che fanno da contesto al Distretto. E' per l'insieme di tali motivazioni che molte Regioni, tra cui la Regione Lombardia, nella propria legislazione prevedono quale forma politica organica dei servizi socio sanitari territoriali, la definizione "progetti unitari" o "Piani di Zona", capaci di coinvolgere i diversi referenti istituzionali, da cui dipendono i servizi sanitari e sociali, presenti nel territorio di competenza del distretto.

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

Compito preminente delle ASL sarà quello di ridefinire, all'interno delle regole generali di sistema, scelte proprie di valore più specifico. Tali scelte dovranno ricercare la condivisione della comunità professionale, degli Enti Locali e degli erogatori dei servizi. In questo modo, troverà attuazione il

processo di progressiva condivisione delle responsabilità tra il livello regionale e quello locale; lo stesso processo in atto tra il livello centrale e l'ASL dovrà poi essere realizzato anche nel rapporto tra l'ASL e il livello distrettuale.

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

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

- l'approccio sempre più determinato e perfezionato ai percorsi di diagnosi e cura per patologie intesi nel loro complesso di prestazioni e non più disaggregati per attività cliniche (prevenzione, specialistica, ricovero, assistenza domiciliare). In tal modo la programmazione delle risorse e i piani di cura assumono la valenza di interconnessione necessitata e funzionale che vede come protagonisti responsabili tutti i punti di offerta, dai medici generalisti agli specialisti ospedalieri e ambulatoriali.
- la valutazione epidemiologica sull'insorgenza e presenza delle malattie rare che non possono rappresentare un'attività di frontiera ma vanno integrate in un percorso di cura a rete che permetta lo scambio di informazioni, notizie e percorsi clinico/terapeutici sempre più appropriati;
- gli ospedali senza dolore: come risposta più rispettosa alle esigenze della persona che va aiutata nel suo percorso di cura evitando il più possibile stati dolorosi che spesso generano risvolti psicologici delicati;
- gli hospice: quale momento importante di assistenza nello stato terminale che va sviluppato non come ricovero puro (che spesso genera senso di abbandono) ma come modello assistenziale integrativo di un percorso a diversa intensità clinica ed assistenziale ma che comunque vede e sostiene la componente familiare come protagonista ove possibile.
- Il coordinamento delle azioni per il sostegno alla famiglia.

L'attività progettuale

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

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

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

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

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

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

Le collaborazioni pubblico privato

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

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

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

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

In particolare, deve essere meglio delineato il ruolo dell’ASL che, ad oggi, viene coinvolta nelle collaborazioni pubblico privato solo a sperimentazione gestionale approvata dalla Giunta, inserendosi solo nella fase di contrattazione dei servizi. La programmazione delle attività previste dalla sperimentazione gestionale viene di fatto formulata dalla stessa AO proponente il progetto e quindi autorizzata, a seguito di istruttoria, dal livello regionale. Nel nuovo quadro programmatico, è necessario che la sperimentazione gestionale sia corredata dal parere di congruità programmatica dell’ASL competente per territorio.

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

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

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

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

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

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

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

L’Unione Europea gioca un importante ruolo nello sviluppo di standard e di scambio di “buone pratiche” tra gli stati membri.

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

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

LEA : ulteriori livelli regionali

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

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

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

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

Tab 2

L'andamento della spesa farmaceutica (tab 3 allegato 1) evidenzia a livello regionale un'inversione di tendenza a seguito della reintroduzione del ticket nell'anno 2003. Dal 2004 in poi hanno sicuramente influito sull'andamento della spesa farmaceutica (si veda, a tal fine, il trend nazionale) l'introduzione dell'extrascosto e la riduzione dei prezzi del prontuario. La sfida per la Regione Lombardia è, conseguentemente, quella di lavorare sull'appropriatezza prescrittiva, ovvero con gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali, i MMG e i PLS, in quanto si ritiene possibile un governo dei consumi dei farmaci che coniughi agli interventi di tipo economico delle azioni di tipo clinico finalizzate a definire con i prescrittori le terapie più appropriate.

L'accessibilità delle prestazioni

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

Il quadro dell'offerta ambulatoriale extra – ospedaliera accreditata ed a contratto con il SSR vede un totale di 572 strutture, riportate nella tabella 4 dell'allegato 1. A questo dato si deve aggiungere quello relativo alle attività svolte da tutte le strutture di ricovero e cura, che hanno un peso notevole sul totale delle attività svolte.

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

Si evidenzia inoltre il numero delle prestazioni che è cresciuto negli ultimi 5 anni in modo significativo e ben si correla con la riduzione significativa del ricorso ai ricoveri (tab 6 allegato 1).

Per quanto riguarda le attività di ricovero e cura, il sistema degli erogatori al 78% è rappresentato dalle Aziende Pubbliche e dagli Enti ad esse equiparati, tra i quali vi sono gli Istituti di Ricerca a Carattere Scientifico e gli Ospedali Religiosi Classificati. Un altro aspetto di rilievo è rappresentato dal fatto che l'84,3% delle strutture è di diritto pubblico o comunque è per statuto no - profit e quindi ha come principale obbligo / interesse quello di reinvestire nelle attività specifiche di tipo sanitario (tabella 7 allegato 1).

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

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

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

Altri due aspetti molto interessanti che meritano di essere evidenziati riguardano la ridotta mobilità dei cittadini per effettuare le prestazioni di ricovero al di fuori della provincia di residenza e la bassissima percentuale di pazienti lombardi che si ricoverano al di fuori dei confini regionali; quest'ultima tipologia di mobilità, in particolare, tende a verificarsi solo per i ricoveri stagionali in occasione delle vacanze o per i residenti che trascorrono gran parte dell'anno nel territorio di altre regioni. La mobilità al di fuori della provincia di residenza – che si pone in linea con quella rilevata in altre regioni caratterizzate da un modello sanitario che vede gran parte degli ospedali gestiti direttamente dalle ASL – testimonia che il modello Lombardo non ha allontanato i cittadini dal proprio territorio e che la libertà di scelta del luogo di cura vede comunque in testa alle preferenze gli ospedali più vicini al domicilio. Tabelle 11 e 12 in allegato 1

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

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

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

Per quanto riguarda le alte specialità, sarà seguita una logica di rete regionale sinergica degli attuali punti di offerta, eventualmente integrandoli con altri centri di disposti sul territorio al fine di formare una rete facilmente accessibile da ogni cittadino lombardo indipendentemente dalla ASL di residenza.

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

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

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

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

I Tempi di attesa

Le azioni di miglioramento richiedono, in questo ambito, una pluralità di interventi coordinati e finalizzati a garantire risposte tempestive in rapporto alle obiettive condizioni cliniche dei pazienti, a migliorare le situazioni di offerta maggiormente critiche, a sviluppare una corretta informazione ai cittadini in merito alle modalità di accesso ed alla rete delle strutture erogatrici².

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

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

- lo sviluppo e l'applicazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi tra i professionisti (siano essi prescrittori o erogatori di prestazioni), che rappresentano una fase essenziale per il miglioramento dell'appropriatezza della domanda e dell'offerta secondo criteri di equità ed efficacia in rapporto ai bisogni clinici; non si può, infatti, pensare di risolvere la questione delle attese senza sviluppare congiuntamente strumenti adeguati e coerenti di governo della domanda e dell'offerta;
- la definizione di criteri di priorità clinica che consentano di garantire risposte in tempi solleciti quando la tempestiva esecuzione della prestazione può condizionare la prognosi a breve del soggetto oppure influenzare marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità nelle situazioni in cui è presente un problema di salute non noto che richiede una prima valutazione;
- l'assegnazione mirata delle risorse disponibili nell'ambito degli accordi negoziali, finalizzata al miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni più critiche; tale assegnazione può costituire uno strumento flessibile e adattabile alle realtà locali in grado di correggere in tempo reale le problematiche emergenti e di favorire la collaborazione di tutte le Strutture che costituiscono la rete di offerta presente nel territorio;
- la messa a punto di strumenti di comunicazione al cittadino in merito alla rete delle strutture accreditate a contratto, alle modalità di accesso all'assistenza specialistica, alla necessità di garantire per quanto possibile la massima collaborazione per il corretto utilizzo dei servizi (problema del "drop out"), azione questa finalizzata a migliorare l'accessibilità alle prestazioni e nel contempo a promuovere la responsabilizzazione dell'utente;
- la dotazione di un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa in grado di fornire misurazioni attendibili utilizzando sia le rilevazioni prospettiche che quelle retrospettive.

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

Ciò permetterà di procedere, in ogni singola ASL, alla realizzazione e attivazione, graduale, di un centro unico di prenotazione, con un unico numero telefonico regionale, attraverso il quale sarà possibile prenotare direttamente tutte le prestazioni specialistiche di primo e secondo livello e gli esami

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

diagnostici. Il CUP unico Regionale sarà improntato alla massima trasparenza e tracciabilità del percorso di prenotazione delle prestazioni sanitarie, tenendo conto delle opzioni di scelta dei cittadini.

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

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

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

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

La valorizzazione delle professionalità per migliorare il SSR

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

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

Il primo obiettivo programmatico del PSSR 2006-2008 nell'area dei servizi alla persona deve conseguentemente riguardare la qualificazione e valorizzazione delle risorse umane, professionali e scientifiche.

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

Nel triennio particolarmente rilevante potrà essere l'introduzione di nuove e aggiornate forme di contrattazione regionale per il reperimento delle figure professionali carenti e di un adeguato accompagnamento sotto il profilo formativo agli operatori in servizio nei processi di cambiamento del sistema.

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

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

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

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

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

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

La libera professione

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

La promozione del governo clinico nell'organizzazione sanitaria

Con il termine "governo clinico"³ (o "clinical governance") si intende "il contesto in cui i servizi sanitari si rendono corresponsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica nel limite delle risorse disponibili" (NHS White Paper, 1999). In sostanza, si parla di governance quando si crea una struttura che fa funzionare i processi decisionali, in virtù dell'interazione di una molteplicità di attori e al fine di promuovere il miglioramento continuo delle prestazioni. Il significato concettuale di "clinical governance" è quindi l'utilizzo di un nuovo modello di intervento e di gestione in ambiente sanitario basato su tre aspetti fondamentali: il coinvolgimento e la partecipazione, la responsabilità, la trasparenza.

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

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

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

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

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

Per garantire piena implementazione a questi tre aspetti operativi (la partecipazione, la responsabilizzazione, la condivisione multidisciplinare), è necessario che la pratica del buon governo

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

Per lunghi anni, infatti, come noto, i medici sono stati gli attori esclusivi della sanità, con un ruolo privilegiato di autorevolezza che andava oltre la loro professione, estendendosi anche allo stato sociale. Il peculiare stato sociale riconosciuto ai medici - soprattutto nei grandi sistemi sanitari a finanziamento pubblico, come quello inglese, canadese e italiano - derivava in ultima istanza da un patto implicito fra i medici stessi e lo stato, che lasciava loro una larga autonomia sulle scelte assistenziali a livello individuale, in cambio della loro neutralità nei confronti delle scelte allocative compiute in ambito pubblico. In sostanza, il sistema si reggeva su una sorta di compromesso tra l'autonomia professionale dei medici e l'autonomia budgetaria della politica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La valutazione permanente e la responsabilizzazione delle risorse umane

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

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

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

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

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

La gestione del Rischio in sanità

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

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

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

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

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

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

Nell'ambito della promozione di una politica generale per la sicurezza delle strutture sanitarie, due tematiche strettamente correlate fra loro – le infezioni ospedaliere e le malattie iatrogene – risultano

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

1. l'avvio di un costruttivo e personale confronto con il sistema assicurativo che crei condizioni negoziali trasparenti improntate alla reale valorizzazione del profilo di rischio delle singole strutture;
1. l'avvio di iniziative di Risk Management quale strumento di garanzia della qualità e sicurezza delle prestazioni per il cittadino e per l'operatore sanitario; nell'ambito delle erogazioni di cura, tale strumento va sviluppato in protocolli diagnostico- terapeutici istituzionalizzati.

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

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

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

essere tra quelle più rilevanti dal punto di vista della frequenza del rischio, con un elevato impatto sui costi sanitari (dovuto anche al prolungamento delle degenze ospedaliere) e sono di fatto importanti indicatori della qualità del servizio offerto ai pazienti.

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

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

La Regione procederà alla:

- verifica che tutte le Aziende Ospedaliere abbiano istituito il Comitato per il controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO) e che lo stesso sia effettivamente operativo.
- implementazione di un *data base* regionale delle infezioni e delle malattie iatrogene ospedaliere e degli eventi avversi dovuti alla somministrazione dei farmaci (alimentato dai rispettivi *data base* delle aziende ospedaliere);
- formulazione di indicazioni e linee guida regionali per l'attuazione di programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere e indicazione dei requisiti "minimi" per la prevenzione del rischio infettivo.

I Cittadini e la famiglia: partecipazione, educazione, informazione e comunicazione

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

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

La comunicazione favorisce processi di sviluppo sociale e culturale a condizione che vengano coinvolti tutti gli attori impegnati nei servizi, ai diversi livelli di elaborazione. Occorrono percorsi formativi per rafforzare sia la cultura organizzativa sia la capacità relazionale indispensabile per sviluppare una diretta partecipazione. La natura complessa del contesto sociale obbliga il sistema comunicativo a interventi di natura flessibile per orientare i cittadini in un sistema che cambia: in tale sistema l'interattività, la misurabilità e la presenza di indici valutativi risultano elementi indispensabili per conoscere la qualità percepita e necessità di adeguamenti innovativi dei messaggi e delle informazioni. Il tema dell'accessibilità trova un primo esempio di applicazione nel sito web dedicato a DG Sanità e DG Famiglia e Solidarietà Sociale perché diventa un elemento importante di controllo, di integrazione e connessione della comunicazione del Portale della Regione Lombardia. Di fatto quest'ultima considerazione è applicabile a tutti i media impiegati dall'istituzione regionale per informare operatori ed utenti.

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

L'area delle funzioni informative e di ascolto

Una funzione imprescindibile è individuata nell'ascolto dei bisogni, al fine di consentire un passaggio di informazioni sulle modalità di offerta di servizi che consenta alle famiglie di sapere sempre

e con esattezza chi fa cosa e di esercitare pienamente il diritto di libera scelta e dell'informazione simmetrica⁵.

L'accoglienza degli utenti

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

La Regione Lombardia, attraverso l'operato delle proprie ASL e delle proprie strutture, pubbliche o private accreditate, si adopererà per garantire prestazioni di qualità, in tempi su misura per il cittadino che lavora, adottando un'organizzazione degli orari di apertura dei servizi in fasce orarie fino ad oggi poco considerate, come il tardo pomeriggio dopo le ore 16, il sabato, la domenica mattina, ecc. Ponendo attenzione ai monitoraggi dei tempi di attesa, potranno essere identificate, presso gli erogatori, le specialità che più necessitano di orari diversificati, sollecitando le strutture erogatrici stesse ad apportare un ampliamento di offerta rispetto ai servizi già erogati in fasce orarie più consone alle necessità delle persone che lavorano.

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

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

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

Il CUP unico regionale migliorerà la libertà di scelta del paziente nell'accesso alle prestazioni sanitarie, rendendo possibile la scelta dell'erogatore presso il quale richiedere le prestazioni, tenendo in

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

- a. consolidare il sistema di informazioni e di orientamento alla scelta, potenziando l'attività di ascolto attraverso il call center regionali, gli Uffici per le Relazioni con il Pubblico regionali o di ASL, AO, IRCCS, Fondazioni, strutture private accreditate e tutti i punti di contatto con i cittadini utenti dei servizi sociosanitari.
In particolare, si dovranno individuare strategie e progetti di accoglienza che assicurino accompagnamento ed aiuto agli utenti che si trovano in difficoltà nell'accesso ai servizi offerti. Questo obiettivo può concretizzarsi mediante l'accompagnamento personale degli utenti ai servizi desiderati, la facilitazione nella risoluzione di eventuali problemi inerenti alla fruizione dei servizi, l'ascolto delle aspettative e dei bisogni emersi e l'educazione al corretto utilizzo dei Servizi Sanitari. Per fare questo, le Aziende saranno tenute a promuovere iniziative atte a favorire la presenza e l'attività degli Organismi di Volontariato e di Tutela dei Diritti dei cittadini presenti sul territorio. La collaborazione con il "Terzo Settore sanitario", in un'ottica di sussidiarietà efficace, non dovrà limitarsi solo a suggerimenti, proposte, reclami, osservazioni ed interventi utili al continuo miglioramento dei servizi, ma anche ad una presenza coordinata nelle Aziende per un ascolto dei bisogni dell'utenza ed un aiuto "pratico" all'accesso ai servizi, oltre che per gli interventi previsti in materia di promozione della salute e di informazione sanitaria.
Verranno inoltre prodotte iniziative per migliorare la comunicazione con gli utenti e le loro famiglie;
- b. potenziare i CUP telefonici, il cui sviluppo sempre più integrato a livello regionale risponde alla necessità di ottimizzazione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza della filiera che si snoda dalla prescrizione del medico curante all'accesso in tempi certi ai servizi;
- c. incentivare l'attivazione di numeri VERDI dedicati a particolari tematiche di interesse per la popolazione; il numero verde risulta essere uno strumento altamente efficace per farsi raggiungere con facilità dagli utenti;
- d. valorizzare la centralità dell'utente nel sistema sociosanitario regionale, in modo da evidenziare le carenze quali/quantitative del sistema e stimolando a porre in essere ulteriori iniziative per il superamento di tali carenze; a tale scopo, sono essenziali le attività di ascolto dei cittadini tramite le customer satisfaction aziendali, le ricerche e i sondaggi regionali, e l'efficiente gestione dei reclami e degli esposti, con una visione innovativa di questi strumenti, tesa a rilevare gli stati di soddisfazione non solo dei cittadini, ma di tutti i protagonisti del mondo sanitario, nonché l'analisi dell'impatto degli indirizzi programmatici del sistema;
- e. favorire e/o attivare processi di sburocrazia nel rapporto cittadini-Regione-Aziende, per rendere più snella e trasparente l'erogazione dei servizi, anche attraverso un'efficace relazione con i mass media, la pubblicazione dei tempi d'attesa e delle customer satisfaction aziendali e l'uso sempre più interattivo e transattivo del sito internet e del televideo regionale

considerazione la tipologia e specializzazione della struttura, nonché i tempi di attesa proposti dai differenti "providers". L' implementazione del servizio di call center consentirà di conciliare la libertà di scelta dell' utente della struttura presso la quale soddisfare le proprie esigenze e la conoscenza, da parte del medesimo, del processo di prenotazione, in un' ottica di sempre maggiore trasparenza dei processi e dei meccanismi di funzionamento dei SSR.

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

I percorsi d'accoglienza dovranno essere modulati sulla base delle diverse tipologie di utenti che afferiscono all'ospedale, tenendo sempre presente che il processo di accoglienza non si esaurisce "alla porta", ma deve proseguire ad ogni livello (reparti, servizi, ambulatori).

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

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

L'area delle funzioni di comunicazione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'equilibrio tra dotazioni e fabbisogni coesiste e si accompagna ad una soddisfacente distribuzione tra livelli di intervento. La rete d'offerta dei servizi residenziali è caratterizzata da una significativa capacità ricettiva delle rete dei Servizi Territoriali per la famiglia, per i disabili e per gli anziani, nonché, negli ultimi anni, da un sistema di cure domiciliari adeguato ad una Regione Europea. Per quanto riguarda i servizi rivolti ai disabili, la loro complessa articolazione e l'attualità delle riforme da

cui sono interessati determina la necessità di un forte governo dell'evoluzione dei servizi preesistenti in quelli riformati (Centri Socio Educativi in Centri Diurni Disabili, Servizio di Formazione all'Autonomia in Centri Socio Educativi) e di monitoraggio di quelli appena avviati (CSS). A ciò si aggiunge la necessità di un'analisi approfondita della ricaduta della recentissima introduzione nel sistema della riabilitazione di mantenimento e, in generale, della implementazione della riforma della rete riabilitativa. L'equilibrio tra domanda ed offerta, che caratterizza il nuovo sistema di welfare, è verificabile attraverso una serie di misurazioni e indicatori particolarmente significativi nella unità d'offerta più cospicua: il raggiungimento del fabbisogno degli indici programmati per le RSA con riduzione a valori fisiologici delle loro liste d'attesa. In un sistema che si sta spostando verso questo equilibrio è necessaria una riflessione sull'evoluzione dei servizi "storici" e sulla loro capacità di tenuta nel nuovo scenario di bisogni e di aspettative. In questa direzione, orientano le regole del sistema introdotte per il 2006 per la maggioranza delle reti di welfare sociosanitario: l'ulteriore espansione delle reti, esclusi i completamenti già in fase di attuazione, non solo non è più una priorità ma potrebbe costituire un impedimento alla razionalizzazione delle risorse che devono essere focalizzate per lo sviluppo qualitativo della configurazione raggiunta da perseguire anche attraverso una diversificazione ulteriore dell'offerta domiciliare. In questo modo, può essere veramente sostenuta la tendenza a spostare nel tempo il ricorso all'istituzionalizzazione definitiva. Nella stessa direzione e per le stesse motivazioni deve essere collocato il nuovo sistema che introduce, come elemento di assoluta novità del processo di completamento della rete sociosanitaria, l'evoluzione dal sistema di tariffazione al sistema di budget, a partire dalle reti delle cure domiciliari e diurne e della riabilitazione per poi arrivare alle altre. Questo strumento, oltreché garantire il necessario controllo della spesa ed una esatta coincidenza tra costi e risorse disponibili, permette anche di negoziare con gli erogatori, a parità di risorse, margini di miglioramento qualitativo.

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

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

- I Piani di Zona degli ambiti distrettuali relativi al loro secondo triennio di programmazione (2006-2008) che acquisiranno le "manifestazioni di intesa" delle rispettive ASL di appartenenza in quanto definiti in coerenza verificata agli obiettivi regionali;
- I Piani di Programmazione e Coordinamento dell'ASL che esprimono a partire dal 2006 un esercizio delle loro funzioni PAC coerente con gli obiettivi, i budget e le "regole di sistema" indicati dalla Regione Lombardia.

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

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

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

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

- il proprio processo di riforma legislativa (l.r. 31/98) con la l.r. 34/04 fino all'approvazione delle leggi relative alla semplificazione (l.r. 1/05 e 6/05) ed alla Legge sul Servizio Civile,

Formattati: Elenchi puntati e numerati

Formattati: Elenchi puntati e numerati

- ma anche e soprattutto il puntuale processo attuativo di tale impianto, completando nel triennio il sistema di accreditamento delle unità costitutive delle reti del welfare sociosanitario e sociale.

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

La transizione a tale sistema implica:

- ✓ un progressivo cambiamento del ruolo e delle funzioni delle pubbliche amministrazioni, che sempre più devono diventare "regolatrici" della vita sociale ed economica ed essere sempre meno strutture che applicano norme o che gestiscono servizi;
- ✓ l'applicazione del principio di sussidiarietà, non solo attraverso la partecipazione del privato sociale all'erogazione dei servizi, ma anche attraverso la valorizzazione dei progetti e la partecipazione alla "governance" degli enti presenti e attivi nel tessuto sociale;
- ✓ il rafforzamento del principio della libera scelta del cittadino, consentendogli di conoscere e accedere alle soluzioni più adatte alle proprie necessità;
- ✓ la promozione di interventi tesi ad attivare legami di solidarietà tra le persone, le famiglie e i gruppi sociali;
- ✓ il sostegno della famiglia quale soggetto promotore degli interventi;
- ✓ l'aumento delle capacità del "capitale umano" del sistema affinché sia in grado di affrontare adeguatamente le nuove sfide;
- ✓ lo sviluppo della ricerca sociale e sociosanitaria a supporto delle definizioni delle politiche.

Per perseguire tali obiettivi, si rende necessario:

- rafforzare il ruolo delle ASL, attraverso il Dipartimento ASSI, rispetto alle funzioni di programmazione, acquisto e controllo, all'adozione di forme di controllo atte a tutelare il cittadino, alla programmazione integrata con i soggetti che partecipano al sistema (Comuni, Terzo Settore, Aziende pubbliche e private di produzione dei servizi);
- valorizzare il ruolo degli Enti Locali attraverso il sostegno all'attuazione dei Piani di Zona e alla programmazione associata;
- rafforzare la partecipazione del Terzo Settore nella programmazione e progettazione, attraverso lo strumento del Tavolo del terzo settore che rappresenta un ambito di progettazione comune, di co-responsabilità e di scelte condivise;
- sviluppare e differenziare l'offerta di strutture, servizi ed interventi, mediante l'analisi ed il monitoraggio delle caratteristiche della quota più fragile della popolazione, anche con il completamento dell'organizzazione del sistema domiciliare (buoni sociali e voucher sociosanitari e sociali) e l'estensione del sistema di accreditamento istituzionale anche al sistema socioassistenziale;
- progettare percorsi e processi per favorire la semplificazione del corretto accesso ai servizi e la continuità assistenziale (coordinamento tra i diversi servizi e relativi controlli di adeguato uso delle risorse);
- sviluppare azioni di sostegno e promozione delle responsabilità familiari attraverso l'osservazione e il monitoraggio dell'evoluzione dei ruoli familiari adeguando conseguentemente il sistema dell'offerta;
- attivare processi di valutazione dell'efficacia delle prestazioni delle associazioni familiari, delle organizzazioni del terzo settore e delle entità istituzionali;
- promuovere interventi di formazione e riqualificazione degli operatori del welfare e sostenere la programmazione degli interventi formativi anche attraverso l'istituzione di un sistema che interfacci l'offerta formativa con il sistema dei servizi;
- accompagnare, attraverso azioni di sviluppo della ricerca sociale, le questioni relative al consolidamento, anche in termini qualitativi, delle politiche sociali. Rispetto al sistema dei servizi si identificano come priorità l'analisi della qualità dei modelli organizzativi dei Piani di Organizzazione e Funzionamento Aziendali (POFA) e la valorizzazione del capitale umano; rispetto al sistema dei bisogni la strategia conoscitiva sarà orientata alla conoscenza e comprensione delle molteplici forme di disagio delle persone e delle famiglie che nel loro insieme costituiscono fattori di esclusione sociale. Nel processo di incremento conoscitivo dovranno essere coinvolti tutti i soggetti attivi del territorio regionale nella programmazione e realizzazione di interventi.

LOMBARDIA: IL CONTESTO DEMOGRAFICO E IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO.

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

Anche in termini di variabilità locale, la Regione (a differenza di gran parte delle regioni italiane) presenta molte delle caratteristiche di eterogeneità che si trovano osservando l'intero territorio nazionale, e non solo per la dimensione (da poche decine ad oltre un milione di abitanti) dei suoi 1546 comuni.

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

Il contesto demografico e sociale

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

- dopo un lungo periodo di flessione (in accordo con gli andamenti riscontrati in altre regioni italiane, nonché nelle nazioni economicamente più sviluppate), da alcuni anni il saldo demografico (definito come differenza tra soggetti nati e soggetti deceduti) è tornato positivo;
- il flusso migratorio complessivo della popolazione è in notevole aumento, registrando, da una parte, un grande afflusso verso la regione di cittadini non italiani e, dall'altra parte, l'importante riavvio di un forte movimento migratorio nazionale dalle regioni del sud del nostro paese;
- l'indicatore residenti > 65 anni rispetto ai residenti < 15 anni indica che la popolazione lombarda è mediamente più "vecchia" rispetto alla media nazionale. La speranza di vita alla nascita è in linea con il valore nazionale.

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

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

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

Nella società lombarda vi sono più di 9 milioni di individui, quasi 4 milioni di nuclei familiari che risiedono stabilmente nel territorio. Insieme hanno un ruolo attivo e determinante nei processi di crescita e di innovazione dell'organizzazione sociale arrivando a tessere un efficiente sistema di reti che oggi rappresenta la vera grande ricchezza della Lombardia. Questo patrimonio va monitorato, rispetto alle sue trasformazioni e problematiche reali e prospettiche. Si devono quindi esaminare e valutare le tendenze ed i cambiamenti in atto nella società lombarda con particolare attenzione ai punti che potranno portare a situazioni di criticità. Nel corso degli ultimi anni la popolazione lombarda sembra aver

riconquistato una certa vivacità demografica, conseguente all'apporto migratorio. Va comunque sottolineata la grande vivacità sociale del contesto lombardo: le famiglie e tutte quelle entità ed organizzazioni, che insieme costituiscono il terzo e quarto settore, hanno un ruolo attivo e determinante nei processi di crescita e di innovazione dell'organizzazione sociale arrivando a tessere un efficiente sistema di reti che oggi rappresenta la vera grande ricchezza della Lombardia. Questo patrimonio va opportunamente monitorato, rispetto alle sue trasformazioni e problematiche reali e prospettiche.

- **Famiglia**

In Lombardia il modello prevalente è ancora quello della coppia con figli (39,5%), anche se il 10% dei lombardi vive da solo. Si riduce il tasso di nuzialità e rimane tendenzialmente basso quello di natalità (1,19), aumentano significativamente le separazioni e i divorzi. Il numero di componenti medi per famiglia lombarda è 2,45 (dato al 2001), inferiore rispetto quello italiano che si attesta sui 2.59. Inoltre è ben presente il fenomeno della famiglia "lunga", ossia della lunga permanenza dei giovani nella famiglia di origine.

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

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

- **Minori**

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

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

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

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

Sul fronte dell'istruzione i dati provenienti dal MIUR e dall'ufficio scolastico regionale, evidenziano come il fenomeno della dispersione e dell'abbandono scolastico, sia particolarmente presente nella

nostra regione, così come il tasso di scolarità degli istituti superiori sia inferiore rispetto alla media nazionale.

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

Pare altresì importante evidenziare il dato relativo ai minori che entrano nel circuito del sistema penale. Si rilevano 2915 soggetti minorenni segnalati agli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile dei distretti di Milano e Brescia, di cui n. 494 presi in carico dai servizi territoriali. Dei minori segnalati, 1713 sono italiani e 1202 sono nomadi e stranieri. Benché si sia evidenziata una costante crescita dei minori stranieri denunciati rimane comunque significativa la commissione dei reati da parte dei minori italiani, che rappresentano più della metà dei minori denunciati all'interno delle Corti di Appello di Milano e Brescia.

La tipologia dei reati commessi e la trasversalità sociale evidenziano che sempre più l'impatto degli adolescenti con il sistema penale sembra essere espressione di un profondo disagio psicologico piuttosto che di disagi più marcatamente "sociali" e materiali.

- **Giovani**

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

Anche come conseguenza di un mercato del lavoro decisamente più vivace, i tassi di occupazione dei giovani lombardi sono decisamente superiori a quelli del resto d'Italia, va tuttavia sottolineato come i giovani siano i più esposti alla precarizzazione del lavoro dipendente, testimoniata dalla grande espansione, per le fasce d'età giovanile, del

cosiddetto lavoro atipico (lavoro temporaneo, parasubordinato, part time). I tassi di scolarità, tuttavia, non sono certo quelli di una regione che intende misurarsi con l'Europa e sono inferiori alla media italiana. Il sostegno della famiglia di origine certamente consente ai giovani di muoversi con una certa scioltezza sul mercato del lavoro, per costruire il proprio curriculum in modo vario ed articolato, ma questo stesso sostegno ha risvolti non del tutto positivi. La sicurezza di un appoggio materiale da parte dei genitori, insieme all'insorgere di atteggiamenti iperprotettivi, spinge i giovani alla ricerca di quelle entrate che consentano non solo di mantenere livelli di vita giudicati appaganti, ma anche di soddisfare bisogni di consumo in larga misura indotti dai modelli proposti dal sistema dei media; ciò comporta troppo spesso abbandono precoce degli studi, con conseguente entrata nel mondo del lavoro.

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

- **Anziani**

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

L'indice di vecchiaia (ultrasessantatrenni per 100 residenti) e l'indice di dipendenza (ultrasessantatrenni per ogni 100 residenti 20-64enni) sono accresciuti, rispettivamente, di 4 e di

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

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

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

- **Disabili**

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

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

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

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

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

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

- **Poveri**

In Italia una famiglia su 10 vive in condizioni di povertà relativa, per un totale di circa 2.3 milioni famiglie e oltre 8 milioni di persone. Una progressiva difficoltà, che colpisce in maniera crescente anche il ceto medio. Per quanto riguarda la Lombardia, il dato ISTAT 2002 mostra un'incidenza della povertà pari al 3,7% delle famiglie, valore decisamente inferiore rispetto alla media nazionale (11%), che tuttavia appare in crescita già dal 2003 con un valore del 4,5. Al di sotto della linea standard della povertà (pari a 919,98 euro nel 2004 per un nucleo familiare composto da 2 persone) vivono quindi complessivamente 139 mila famiglie lombarde, di cui 56 mila sicuramente povere (139 mila persone) e 83 mila appena povere (208 mila persone). Se però a queste aggiungiamo le altre 147 mila famiglie quasi povere, cioè appena al di sopra dei 920 euro mensili, il totale delle famiglie lombarde coinvolte dal fenomeno della povertà nell'anno 2002 diventa di oltre 285.000. Inoltre l'incidenza della povertà cresce al crescere della numerosità della famiglia, facendosi più sensibile in presenza di figli minorenni o di persone anziane.

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

- **Immigrati**

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

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

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

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

Accanto all'immigrazione economica si registra altresì il fenomeno delle "emigrazioni forzate" di persone cioè costrette ad abbandonare la propria area di origine a causa di guerre, persecuzioni e violenze generalizzate. La presenza di richiedenti asilo e di rifugiati interessa la Lombardia sia perché nella regione sono presenti aree di frontiera (tra cui lo scalo aeroportuale di Malpensa che registra

annualmente 350 ingressi), sia perché la loro presenza gravita sulle sue aree metropolitane. Si evidenzia, quindi, la necessità di approntare servizi di accoglienza e protezione.

- **Dipendenti da droga ed alcool**

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

Parallelamente alla diminuzione degli utenti in carico ai Servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.) per consumo di eroina (83,7% nel 2001, 75,3% nel 2004), in Italia si sta assistendo infatti ad un rapido incremento di consumatori di cocaina (5,9% nel 2001, 11,4% nel 2004). Sempre a livello nazionale, nel periodo 2001-2003 si registra un aumento dell'uso di cocaina nel genere femminile, mentre mantenendosi inalterata la percentuale dei maschi. Anche in Lombardia, nello stesso periodo i consumatori di cocaina in carico ai servizi sono più che raddoppiati: sono passati da 2488 a 5141, cifra pari circa al 20% dei soggetti complessivamente in carico ai servizi.

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

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

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

- **Terzo settore**

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

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

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

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

ERROR: syntaxerror
OFFENDING COMMAND: --nostringval--

STACK: