



Regione Lombardia

IL CONSIGLIO

XII LEGISLATURA

ATTI: 2023/XII.2.4.1.11

SEDUTA DEL 25 GIUGNO 2024

DELIBERAZIONE N. XII/395

Presidenza del Presidente ROMANI

Segretari: consiglieri CAPPELLARI e SCANDELLA

Consiglieri in carica:

ANELLI Roberto	FERRAZZI Luca Daniel	PASE Riccardo
ASTUTI Samuele	FIGINI Fabrizio	PIAZZA Mauro
BAFFI Patrizia	FONTANA Attilio	PILONI Matteo
BASAGLIA COSENTINO Giacomo	FORTE Matteo	PIZZIGHINI Paola
BESTETTI Marco	FRAGOMELI Gian Mario	POLLINI Paola
BOCCI Paola	GADDI Sergio	PONTI Pietro Luigi
BONTEMPI Giorgio	GALLERA Giulio	ROMANI Federico
BORGHETTI Carlo	GALLIZZI Nicolas	ROMANO Paolo
BRAVO Carlo	GARAVAGLIA Christian	ROSATI Onorio
BULBARELLI Paola	INVERNICI Diego	ROTA Ivan
BUSSOLATI Pietro	INVERNIZZI Ruggero	ROZZA Maria
CACUCCI Maira	LICATA Giuseppe	SALA Andrea
CANTONI Alessandro	LOBATI Jonathan	SASSOLI Martina
CAPARINI Davide Carlo	MACCONI Pietro	SCANDELLA Jacopo
CAPPELLARI Alessandra	MAGONI Lara	SCHIAVI Michele
CARRA Marco	MAJORINO Pierfrancesco	SCURATI Silvia
CARZERI Claudia	MALANCHINI Giovanni Francesco	SNIDER Silvana
CASATI Davide	MANGIAROTTI Claudio	SPELZINI Gigliola
CESANA Marisa	MARRELLI Luca	VALCEPINA Chiara
COMINELLI Miriam	MASSARDI Floriano	VALLACCHI Roberta
CORBETTA Alessandro	MONTI Emanuele	VENTURA Marcello Maria
DE BERNARDI MARTIGNONI Giuseppe	NEGRI Alfredo Simone	VILLA Alessia
DELBONO Emilio	NOJA Lisa	VITARI Riccardo
DI MARCO Nicola	ORSENIGO Angelo Clemente	VIZZARDI Massimo
DOTTI Anna	PALADINI Luca	ZAMPERINI Giacomo
DOZIO Jacopo	PALESTRA Michela	ZOCCHI Luigi
FELTRI Vittorio	PALMERI Manfredi	

Consiglieri in congedo: CAPARINI, DE BERNARDI MARTIGNONI, FELTRI, FRAGOMELI e MAGONI.

Consiglieri assenti: DI MARCO, FONTANA, MALANCHINI e ZOCCHI.

Risultano pertanto presenti n. 71 Consiglieri

Non partecipa alla votazione: ROMANI.

Assiste il Segretario dell'Assemblea Consiliare: EMANUELA PANI

OGGETTO: PIANO SOCIOSANITARIO INTEGRATO LOMBARDO 2024 - 2028.

INIZIATIVA: GIUNTA REGIONALE

COMMISSIONE REFERENTE: III

CODICE ATTO: PDA/10

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

VISTI:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e, in particolare, l'articolo 2 relativo alle competenze regionali in materia sanitaria;
- il decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera);
- il decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e di standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del servizio sanitario nazionale);

RICHIAMATA la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), e, in particolare, l'articolo 4 che definisce il Piano sociosanitario integrato lombardo (PSSL) quale strumento unico e integrato di programmazione coordinata del Sistema Sociosanitario Regionale;

VISTI:

- la deliberazione del Consiglio regionale n. XII/42 del 20 giugno 2023 con cui è stato approvato il "Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile della XII legislatura";
- gli indirizzi di programmazione per la gestione del servizio sanitario regionale;

VISTA la proposta di Piano sociosanitario integrato lombardo 2023 - 2027 approvata con la deliberazione della Giunta regionale n. XII/1518 del 13 dicembre 2023 e redatta dalla Direzione generale Welfare in coerenza con gli indirizzi di programmazione sanitaria a livello nazionale e con gli obiettivi del Programma regionale di Sviluppo Sostenibile (PRSS) della XII legislatura;

RILEVATO che tale proposta individua le linee di programmazione e di sviluppo del sistema sociosanitario regionale al fine di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini e di superare le criticità del sistema, in coerenza con i principi introdotti e ribaditi con le recenti modifiche della l.r. 33/2009 e con il nuovo assetto organizzativo del sistema definito da ultimo dalla legge regionale 14 dicembre 2021, n. 22 (Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità));

CONSIDERATO che la proposta è stata predisposta a seguito di una metodologia di lavoro concordata e condivisa nell'ambito della Direzione generale Welfare e con il coinvolgimento di interlocutori esterni appartenenti al sistema sanitario e sociosanitario ed esperti in tale ambito;

EVIDENZIATO che il Piano sociosanitario integrato lombardo in parola ha durata quinquennale e, conseguentemente all'approvazione nell'anno in corso, il periodo di valenza è da riferire all'arco temporale 2024 - 2028 e che può essere aggiornato annualmente con il documento di economia e finanza regionale (DEFER);

CONSIDERATO che per la realizzazione degli obiettivi delineati nel Piano saranno individuate le necessarie risorse nell'ambito dei provvedimenti relativi agli indirizzi di programmazione del SSR e in armonia con le risorse complessivamente disponibili nell'arco temporale di vigenza del Piano;

DATO ATTO altresì che tale proposta è stata illustrata in data 10 novembre 2023 agli stakeholder del Sistema Sociosanitario Regionale;

PRESO ATTO che il richiamato articolo 4 della l.r. 33/2009 attribuisce la competenza ad approvare il Piano sociosanitario integrato lombardo al Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale, previo parere del Consiglio delle autonomie locali e sentiti i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie;

RILEVATO che nel corso dell'istruttoria in III Commissione "Sanità" sono state dedicate due sedute propedeutiche all'acquisizione di elementi di conoscenza in ordine ai dati epidemiologici riferiti al territorio lombardo e al ruolo della prevenzione per la sostenibilità del SSR con esperti del settore e che sono state effettuate n. 11 audizioni con gli stakeholder di riferimento che hanno fornito spunti di riflessioni e approfondimento sui diversi contenuti del provvedimento, depositando – in alcuni casi – osservazioni/proposte scritte;

PRESO ATTO che la IX Commissione "Sostenibilità sociale, casa e famiglia" ha espresso in data 16 maggio 2024 parere favorevole a maggioranza, contestualmente approvando alcuni emendamenti di propria competenza;

EVIDENZIATO che sono pervenute alla III Commissione numerose proposte emendative da parte dei consiglieri, molte delle quali sono state approvate con conseguente arricchimento dei contenuti del provvedimento;

RITENUTO, pertanto, di approvare il Piano sociosanitario integrato lombardo 2024-2028, allegato e parte integrante del presente provvedimento, ai sensi dell'articolo 4 della l.r. 33/2009;

SENTITA la relazione della III Commissione consiliare "Sanità";

con votazione nominale che dà il seguente risultato:

Consiglieri presenti:	n. 71
Non partecipano alla votazione:	n. 1
Consiglieri votanti:	n. 70
Voti favorevoli:	n. 43
Voti contrari:	n. 21
Astenuti:	n. 6

DELIBERA

1. di approvare il "Piano sociosanitario integrato lombardo 2024 – 2028" allegato e parte integrante del presente provvedimento;
2. di stabilire che per la realizzazione degli obiettivi delineati nel Piano verranno individuate le necessarie risorse nell'ambito dei provvedimenti relativi agli indirizzi di programmazione del SSR nell'ambito delle risorse complessivamente disponibili nell'arco temporale di vigenza del Piano;

3. di prevedere la pubblicazione del Piano sociosanitario integrato lombardo 2024-2028 sul Bollettino regionale della Regione e sul sito della Regione.

IL PRESIDENTE
(f.to Federico Romani)

I CONSIGLIERI SEGRETARI
(f.to Alessandra Cappellari)
(f.to Jacopo Scandella)

IL SEGRETARIO
DELL'ASSEMBLEA CONSILIARE
(f.to Emanuela Pani)



Regione
Lombardia

Welfare



**PIANO
SOCIOSANITARIO
REGIONALE
2024-2028**



INDICE

Contributori.....	2
Indice degli acronimi	3
Sezione prima - Il contesto	5
1.1. Inquadramento	
1.2. L'offerta	
1.3. La popolazione e le famiglie	
1.4. Le fragilità	
Appendice: i numeri del Sistema Socio-sanitario Regionale	
Sezione seconda – Gli scenari.....	18
2.1. Inquadramento	
2.2. Riferimenti sovranazionali	
2.3. Criticità del sistema proiettate al prossimo futuro	
2.4. Trasformare le sfide in opportunità	
2.5. L'articolazione del Piano in accordo al contesto e agli scenari	
Sezione terza – Gli interventi sanitari	23
3.1. Inquadramento	
3.2. Prevenzione primaria e promozione della salute	
3.3. Prevenzione secondaria	
3.4. Cure	
3.5. Riabilitazione	
3.6. Emergenza Urgenza	
3.7. Veterinaria	
Sezione quarta – Gli interventi socio-sanitari	48
4.1. Inquadramento	
4.2. Il quadro normativo di riferimento	
4.3. Gli indirizzi programmatici	
4.4. Gli anziani	
4.5. Le persone con disabilità	
4.6. Le cure palliative	
4.7. La Rete di terapia del dolore	
4.8. I consultori	
4.9. La salute mentale	
Sezione quinta – Gli attori, l'organizzazione, i processi, il personale	65
5.1. Inquadramento	
5.2. Attori e organizzazione	
5.3. Reti clinico assistenziali	



- 5.4. Valorizzazione del personale e delle professionalità
- 5.5. Rafforzamento della rete formativa
- 5.6. Osservatorio del personale

Sezione sesta – Gli strumenti innovativi tra digitalizzazione e ricerca.....	79
6.1. Inquadramento	
6.2. Digitalizzazione	
6.3. Tendenze evolutive	
6.4. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)	
6.5. Ricerca	
6.6. La sanità lombarda e lo sviluppo delle collaborazioni internazionali	
Sezione settima – Attuazione, monitoraggio e valutazione	87
Note	89



Contributori

Guido Bertolaso (Assessore)

Giovanni Pavesi, Marco Cozzoli (Direttore e Direttore Vicario)

Giovanni Corrao (responsabile redazione),

Giovanni Corrao, Giovanni Delgrossi, Carla Dotti, Mario Melazzini, Giulio Zucca (responsabili sezioni)

Davide Archi, Antonella Cabrini, Galdino Cassavia, Danilo Cereda, Marco Farioli, Ida Fortino, Rosetta Gagliardo, Olivia Leoni, Ivan Limosani, Micaela Nastasi, Paola Palmieri, Roberta Pavesi, Giuliana Sabatino, Giuseppina Valenti, Alberto Zoli (dirigenti)

Giovanna Beretta, Carlo Lucchina, Luigi Macchi, Marco Salmoiraghi, Rosanna Tarricone (altri esperti)



Indice degli acronimi

ACSS: Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo
ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
AFT: Aggregazione Funzionale Territoriale
AI: Intelligenza Artificiale
AREU: Agenzia Regionale Emergenza Urgenza
ASP: Azienda di Servizi alla Persona
ASST: Azienda Sociosanitaria Territoriale
ATS: Agenzia di Tutela della Salute
CAR-T: Chimeric Antigen Receptor T cell
CDD: Centri Diurni Disabili
CDI: Centri Diurni Integrati
CODS: Centro Operativo per l'utilizzo dei Dati sanitari e Sociosanitari
COP: Coordinamenti Ospedalieri di Procurement
CoRe: Coordinamento Regionale Trapianti
COT: Centrale Operativa Territoriale
CPS: Centri Psico-Sociali
CReSc: Chronic Related Score
CRTO: Coordinamento Regionale Trapianti di trasporto d'organi
CSS: Comunità Sociosanitarie
DAMA: Disabled Advanced Medical Assistance
DEA: Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione
DGR: Deliberazione della Giunta Regionale
DIPS: Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria
DL: Decreto-legge
D.lgs.: Decreto Legislativo
DM: Decreto Ministeriale
DPCM: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DSM-D: Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze
ERN: European Reference Networks for rare diseases
EVM: Equipe di Valutazione Multidimensionale
HACPP: Hazard Analysis Critical Control Point
HIA: Health Impact Assessment
HTA: Health Technology Assessment
ICA: Infezioni Correlate all'Assistenza
ICF: International Classification of Functioning
ICT: Information and Communication Technologies
ICU Train: treno sanitario
IHI: Institute for Healthcare Improvement
IRCCS: Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISTAT: Istituto Nazionale di Statistica
IZSLER: Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna
LEA: Livelli Essenziali di Assistenza
LIS: Sistema Informativo Regionale di Laboratorio
LR: Legge Regionale
MCDA: Analisi decisionale a criteri multipli
MMG: Medico di Medicina Generale



NAS: Comando dei Carabinieri per la Tutela della Salute
NPIA: Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza
OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità
OPG: Ospedale Psichiatrico Giudiziario
PAI: Piano Assistenziale Individualizzato
PDTA: Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali
PDTAR: Percorsi Diagnostico Terapeutico Riabilitativi
PEI: Piano Educativo Individuale
PiC: Presa in Carico
PIL: Prodotto Interno Lordo
PLS: Pediatra di Libera Scelta
PNGA: Piano Nazionale Governo Liste di Attesa
PNRR: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
POR: Piano Operativo Regionale
PPT: Piani di Sviluppo del Polo Territoriale
PRI: Piano Riabilitativo Individuale
PRISPV Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria
PRU: Percorso Riabilitativo Unico
PS: Pronto Soccorso
PSSR: Piano Sociosanitario Regionale
PUR: Punto Unico Regionale
PTRP: Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato
RAO: Raggruppamenti di Attesa Omogenea
REMS: Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza
REV: Ricetta Elettronica Veterinaria
RM: Risonanza Magnetica
RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale
RSD: Residenza Sanitaria per Disabili
SDO-R: Scheda di Dimissione Ospedaliera Riabilitativa
SerD: Servizi per le Dipendenze patologiche
SIDI: Scheda Individuale Disabile
SIDS: Sudden Infant Death Syndrome
SINAC Sistema informativo Nazionale degli Animali da Compagnia
SMA: Atrofia Muscolare Spinale
SMI: Sorveglianza delle Malattie Infettive
SOSIA: Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza
SPDC: Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura
SRPS: Sistema Regionale di Prevenzione della Salute dai rischi ambientali e climatici
SSN: Servizio Sanitario Nazionale
SSR: Servizio Sociosanitario Regionale
TC: Tomografia Computerizzata
UCCP: Unità Complesse di Cure Primarie
UDO-SS: Unità di Offerta Sociosanitarie
UONPIA: Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza
HCV: Virus dell'epatite C



Sezione prima - Il contesto

1.1. Inquadramento

Il sistema sociosanitario è oggettivamente complesso. Per governarlo, per prendere decisioni, è necessaria una valutazione attenta dei dati. Lasciarsi guidare dai dati consente di ridurre l'entità dell'incertezza insita in ogni decisione e fare scelte più consapevoli. Il Piano Sociosanitario Regionale (PSSR) è stato concepito sulla base di questo principio. Lasciarsi guidare dai dati non vuol dire abdicare l'esercizio del governo del Sistema. Le scelte sono e restano di competenza della politica e la loro responsabilità è affidata a chi ne esercita le funzioni su mandato dei cittadini. Ma le scelte sono frutto di visione e metodo. La visione, concepita come la cornice generale entro il quale muoversi, è quella definita nel programma di governo regionale che i cittadini hanno scelto. Il metodo, ovvero il rigore scientifico al servizio del sistema, comporta una lettura approfondita del *gap* tra offerta (l'insieme delle risorse, delle strutture e dei servizi che il sistema mette a disposizione dei cittadini), uso (l'insieme della attività e dei servizi che si traducono in prestazioni erogate ai cittadini) e bisogni (i determinanti del mancato stato di benessere che il sistema deve identificare e correggere). Senza dimenticare le caratteristiche e le dinamiche demografiche e sociali della popolazione lombarda nei prossimi anni.

Questa prima sezione del PSSR descrive gli aspetti quantitativi dell'offerta, della popolazione, delle famiglie e delle fragilità, e riporta alcuni spunti sulle principali criticità che il governo del *welfare* dovrà affrontare.¹

La misura dell'offerta, della domanda e dei bisogni come driver del Piano Sociosanitario Regionale

1.2. L'offerta

I numeri del Servizio Sociosanitario Regionale (SSR) rilevati nell'anno 2023 sono riportati in **Appendice** a questa prima sezione del PSSR.

I numeri del Servizio Sociosanitario Regionale

Cittadini. I beneficiari del SSR sono attualmente costituiti da circa 10 milioni di cittadini (la cui struttura, dinamiche e previsioni sono riportate nel Par. 1.3); di questi, al 1° gennaio 2023, circa il 28% usufruiva dell'esenzione per patologia, il 40% per reddito e più del 5% per disabilità.

Il sistema sociosanitario lombardo copre i bisogni di circa 10 milioni di cittadini con una rete di strutture che nel loro complesso impiegano circa 200 mila operatori qualificati per lo svolgimento di azioni di prevenzione primaria e secondaria, e nell'offerta di servizi

Strutture. Con la Legge Regionale (LR) n. 23 dell'11 agosto 2015² e le successive modifiche (LR n. 22 del 14 dicembre 2021³), la Lombardia ha affidato le competenze in tema di attuazione ed erogazione delle prestazioni a 8 Agenzie di Tutela della Salute (ATS), 26 Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) e 87 Distretti. Le prestazioni ospedaliere sono erogate da 204 Ospedali (104 accreditati a contratto) e 19 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, IRCCS (14 accreditati a contratto), che al 1° gennaio 2023 disponevano di poco meno di 40 mila posti letto ospedalieri (circa 15 mila accreditati a contratto). La



rete ospedaliera di Emergenza Urgenza conta attualmente 57 ospedali sede di Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione, DEA (13 di I e 44 di II livello, 42 sede di Pronto Soccorso). Le prestazioni extra-degenza sono erogate da 828 ambulatori specialistici (di cui 411 accreditati e a contratto), 5.616 Medici di Medicina Generale (MMG) che aderiscono ad una delle 235 Aggregazioni Funzionali Territoriali, AFT, 26 AFT di specialisti territoriali, 1.094 Pediatri di Libera Scelta - PLS - (aggregati in 87 AFT, 1 per distretto), più di 3 mila farmacie territoriali, 2.606 strutture sociosanitarie territoriali (che al 1° gennaio 2023 disponevano di poco più di 84 mila posti dedicati all'assistenza di anziani e disabili, alle cure palliative e alle dipendenze), 560 Centri di Salute mentale e 186 Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Il Piano Operativo Regionale (POR) ex Deliberazione della Giunta Regionale, DGR 6426/2022 prevede inoltre l'attivazione di 216 Case di comunità (di cui 92 sono attive dal primo settembre 2023), 71 Ospedali di comunità (17 attive) e 104 Centrali Operative Territoriali (31 attive).

di cura e riabilitazione e assistenza territoriale e ospedaliera e che comporta un costo per l'Amministrazione regionale di 24.737,7 milioni di euro (6.6% del PIL regionale)

Personale. Al 1° gennaio 2023, più di 146 mila unità di personale risultava attivo (quasi 108 mila in servizio presso strutture pubbliche) di cui il 67% inquadrato nei ruoli sanitari. Contribuiscono all'erogazione 1.062 specialisti ambulatoriali interni e, per l'assistenza primaria, 5.616 MMG, 1.094 PLS e più di 46 mila operatori dei servizi territoriali sociosanitari.

Prestazioni preventive. Nel 2022 sono state somministrati più di 13 milioni di dosi vaccinali (più di 6 milioni anti-Covid di cui circa 1 milione somministrate dai farmacisti del territorio e quasi 2 milioni nell'ambito del piano vaccinale degli adulti e dei bambini, di cui più di 200.000 a carico dei farmacisti del territorio); sono stati erogati più di 1 milione e mezzo di test di *screening* (per la prevenzione secondaria del tumore del seno, del colon-retto e della cervice uterina, e per la diagnosi precoce di infezione da virus dell'epatite C, HCV); sono state gestite quasi 214 mila segnalazioni di malattie infettive e sono stati effettuati più di 125 mila controlli (documentali, ispezioni, audit e campionamenti).

Prestazioni territoriali. Nel corso del 2022 sono state erogate circa 147 milioni di prestazioni specialistiche, quasi 84 mila anziani sono stati ospiti di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), circa 4.300 cittadini sono state ospiti di Residenza Sanitaria per Disabili (RSD) e 14 mila di Hospice, 3 mila e novecento e 6 mila e duecento hanno frequentato Centri Diurni rispettivamente per Anziani e persone con Disabilità, 104 mila hanno ricevuto assistenza domiciliare integrata e 223 mila assistenza protesica.

Sanità di montagna. L'articolo 6 della LR 8 luglio 2015, n. 19 (Riforma del sistema delle autonomie della Regione e disposizioni per il riconoscimento della specificità dei territori montani in attuazione della legge 7 aprile 2014, n. 56) stabilisce che per i territori montani i finanziamenti, i trasferimenti in ambito di programmazione sociosanitaria, devono tenere conto di indici premiali parametrati ad una serie di condizioni di svantaggio strutturale. A questo



proposito la cosiddetta sanità di montagna è implementata e sostenuta attraverso maggiori investimenti economici per i presidi sanitari montani esistenti al fine di garantire servizi di qualità a tutela della salute dei cittadini e la predisposizione di adeguati incentivi economici per gli operatori sociosanitari dei territori montani.

Prestazioni ospedaliere. Nel corso del 2022, sono stati effettuati più di 1 milione e duecento mila ricoveri ospedalieri (che nel complesso hanno accumulato più di 9 milioni di giornate di degenza), nel 93% dei casi per condizioni acute, nel 49,4% dei casi per interventi chirurgici. Infine, sono stati registrati quasi 3 milioni e mezzo di accessi in Pronto Soccorso, in quasi i due terzi dei casi in codice verde.

Costi. Nel 2022 il complesso delle strutture, del personale, delle prestazioni erogate e degli ausili forniti ha avuto un costo a carico dell'Amministrazione regionale di 24.737,7 milioni di euro (6,6% del PIL regionale) di cui il 52,6% per l'assistenza distrettuale, il 41,2% per l'assistenza ospedaliera, il 5,6% per attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica e lo 0,6% per attività di ricerca.⁴

I punti di forza del sistema. Il Sistema Sociosanitario di Regione Lombardia garantisce:

- ❖ la libera scelta dei cittadini che decidono da chi farsi assistere, dal sistema pubblico o privato accreditato, senza che questo comporti per loro un onere aggiuntivo;
- ❖ l'accesso universale alle prestazioni incluse nei cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), in alcuni casi con garanzie più ampie rispetto a quelle previste dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) 12 gennaio 2017,⁵ (ad esempio l'offerta della vaccinazione antinfluenzale è estesa a tutti i cittadini non solo a quelli appartenenti alle categorie a rischio);
- ❖ la continuità delle cure erogate nel territorio tra le più elevate a livello nazionale;⁶
- ❖ la presenza in Lombardia di più di un terzo dei 54 IRCCS presenti in Italia (19 strutture) che, oltre a perseguire finalità di ricerca avanzata in campo medico, effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità e con caratteri di eccellenza in molte specialità mediche (oncologia, cardiologia, neurologia, ortopedia, pediatria, medicina molecolare, medicina riabilitativa, tra le altre);
- ❖ un importante saldo positivo tra mobilità attiva (prestazioni erogate dalle strutture lombarde per cittadini non residenti) e passiva (prestazioni erogate ai cittadini lombardi al di fuori della Regione);⁷
- ❖ la copertura dei bisogni sociosanitari attraverso una consolidata ed articolata rete di strutture che, per numero, copertura territoriale e qualificazione del personale che vi opera è unica in Italia (cfr. sezione quarta);

- ❖ la rete consolidata di farmacie sul territorio che rappresenta un punto importante di prossimità, come per la prevenzione anche nell'ambito di insorgenza di disturbi posturali e muscoloscheletrici, nel rispetto di quanto previsto dalla legislazione vigente;
- ❖ la rete del sistema trasfusionale, comprendente le attività delle Associazioni e Federazioni di Donatori di sangue, che contribuisce attualmente a circa la metà della raccolta di sangue ed emoderivati.

L'elevato valore "relativo" per il cittadino (ovvero la maggiore libertà di scelta e la più elevata qualità dei servizi e delle cure rispetto all'intera popolazione italiana) è garantito da una spesa pubblica sul PIL (6,6%) di poco inferiore a quella della media italiana (6,8%),⁸ ma notevolmente più bassa a quella EU-28 (7,1%).⁹

Criticità del sistema

Tempi di attesa. Rispetto alle prestazioni incluse nella lista del Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA),¹⁰ l'80% è stato erogato entro la soglia imposta dal Piano. Si evidenzia che le percentuali di fuori soglia nelle prestazioni di "prima visita oculistica" e di "prima visita dermatologica" rimangono tra le più alte, considerandone anche i volumi assoluti. Si evidenzia, inoltre, la criticità delle prestazioni non erogate per assenza del cittadino all'appuntamento (*no show*) che nel 2022 ammontavano al 25% delle prestazioni ambulatoriali prenotate.

Inappropriatezza prescrittiva. Il consumo medio regionale di prestazioni radiologiche risulta superiore rispetto alla media nazionale, prevalentemente a carico delle Tomografie Computerizzate (TC) e delle Risonanze Magnetiche (RM). Tra i traccianti dell'inappropriatezza prescrittiva, nel 2022 sono stati osservati (i) un'elevata proporzione di pazienti sottoposti a due RM della colonna a distanza di meno di 12 mesi l'una dall'altra (8,3%); un elevato tasso di RM muscolo-scheletriche nei cittadini con 65 anni o più (30,8 per mille); un'elevata proporzione di RM al ginocchio non precedute da radiografia (43%).

Prestazioni a carico delle famiglie. In Italia, nel 2021 la spesa sanitaria complessiva, pubblica e privata, ammontava a circa 168 miliardi di euro, di cui 127 miliardi di euro finanziati dal Servizio Sanitario Nazionale, SSN (75,6%), 36,6 miliardi di euro *out of pocket* (21,8%) e 4,4 miliardi di euro di spesa sostenuta dai regimi di finanziamento volontari (2,6%). Nel periodo 2012-2021 la spesa *out of pocket*, è mediamente aumentata dell'1,7% ogni anno (+2,1% dal 2012 al 2019). I dati regionali (meno aggiornati rispetto ai precedenti) indicano che nel 2020 la spesa sanitaria a carico delle famiglie ammontava in Italia e in Lombardia rispettivamente a 36,0 e 6,8 miliardi (corrispondenti al 23,4% e 23,5% della spesa sanitaria complessiva).¹¹

Pronto Soccorso e ricoveri in area medica. Vi sono importanti differenze tra una struttura e l'altra della rete ospedaliera di Emergenza Urgenza in termini di numero di accessi, così come i servizi sanitari offerti, specchio delle profonde revisioni organizzative che gli enti del SSR hanno subito nel corso dello scorso decennio. Dal punto di vista organizzativo, vi è una grave carenza di medici specializzati in Medicina di Emergenza Urgenza e ciò comporta l'incompleta copertura degli standard degli organici dei Pronto Soccorso. Il *gap* è colmato con l'impiego di una quota oraria di specialisti in *staff* ad altre unità operative e/o l'utilizzo di cooperative esterne. Infine, i Pronto Soccorso (PS), anche per l'aumento degli accessi impropri di pazienti che non trovano risposte nella medicina territoriale, per buona parte dell'anno sono sovraffollati ed è spesso evidente il fenomeno del cosiddetto *boarding* (disallineamento tra il ritmo al quale il Pronto Soccorso – PS - necessita di posti letto per pazienti con indicazione al ricovero e i posti letto effettivamente disponibili nei reparti di destinazione in ospedale). Questo fenomeno, che riguarda pressoché tutte le strutture ospedaliere, riconosce come importante causa il fenomeno dei cosiddetti *bed blockers* (pazienti che hanno concluso il loro percorso diagnostico-terapeutico nelle degenze per acuti di area medica ma che non possono essere dimessi dagli ospedali perché non trovano un'adeguata risposta territoriale nella tempestiva presa in carico dei loro bisogni sanitari e sociosanitari). La Regione ha iniziato a rivedere il funzionamento dei PS con la DGR XII/787,¹² e intende proseguire in modo organico riorganizzando le fasi pre-post e intra-ospedaliera.

1.3. La popolazione e le famiglie

Quanti siamo (e quanti saremo). Tra il 2015 e il 2019, nonostante il saldo naturale negativo (più decessi che nati), la popolazione lombarda trainata dalla storica attrattività migratoria, ha continuato a crescere superando i 10 milioni di abitanti. Con la pandemia la tendenza si è invertita: da una parte il saldo naturale è divenuto ancor più negativo, dall'altra gli spostamenti si sono ridotti così da comprimere il saldo migratorio che non è stato più in grado di compensare il bilancio negativo tra decessi e nascite. La conseguenza è stato un calo di circa 85 mila abitanti dal 2019 al 2022, con una leggera ripresa nel 2023.

Sulla base dell'elaborazione di PoliS-Lombardia delle previsioni demografiche realizzate dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), si prevede un incremento di 12 mila unità (+ 0,1%) entro il 2028, mentre è prevista una sensibile riduzione dell'1,7% entro il 2050 e dell'8,5% entro il 2070 (con una conseguente perdita complessiva di oltre 850 mila residenti rispetto a oggi).^{13 14}

Che età abbiamo (e quanto invecchieremo). La struttura per età della popolazione lombarda è quella tipica di una popolazione anziana. Al primo gennaio 2022, la classe d'età più numerosa tra gli italiani è quella dei 50-54enni e tra le donne delle 55-59enni. Anche gli stranieri, pur essendo mediamente più

Non si prevede che la numerosità della popolazione lombarda, oggi costituita da poco meno di 10 milioni di cittadini, si modifichi sostanzialmente nei prossimi 5 anni.

Nel breve periodo è tuttavia previsto che il progressivo processo di invecchiamento della popolazione



giovani, tendono a concentrarsi in età più adulte. Le età più rappresentate sono quelle dei 40-44enni tra gli uomini e delle 35-39enni tra le donne.

La crescita dell'età media della popolazione sarà rapida nel primo decennio (passando da 45,0 anni del 2020 a 46,8 anni del 2030), proseguirà in modo deciso fin oltre il 2050 (arrivando ad un'età media di circa 49 anni), per poi assestarsi nel lungo periodo. Nello specifico si prevede: (i) l'aumento degli ultrasessantacinquenni (che passerebbe dal 22,9% del 2020 al 31,5% nel 2070), e ancor più dei cosiddetti grandi anziani (85 anni o più) che dal 3,6% del 2020 crescerebbe fino a quasi l'8% nel lungo periodo; (ii) l'andamento instabile della fascia più giovane della popolazione (0-14 anni) che passerebbe dal 13,4% nel 2020 all'11,3% nel 2030, per poi ricrescere leggermente; (iii) la decisa e costante contrazione della popolazione in età attiva (15-64 anni), che passerebbe dal 63,7% della popolazione residente nel 2020 al 55,3% nel 2050. Ciò comporta che si prevede che il carico di cittadini convenzionalmente non autonomi per ragioni demografiche (i giovanissimi e gli anziani) ogni 100 in età attiva aumenti dal 57% nel 2020 all'81% nel 2050, per poi assestarsi intorno al 77,5% nel lungo periodo.

Evoluzione del numero e della composizione dei nuclei famigliari. Le previsioni demografiche suggeriscono un aumento del numero di famiglie che, da 4 milioni 445 mila unità nel 2020, passerebbe a 4 milioni 607 mila nel 2030 (+3,7%).¹⁵ Uno degli aspetti più rilevanti in questo contesto è che l'aumento del numero di famiglie si accompagna a una riduzione della dimensione media familiare che si prevede possa scendere per la Lombardia da 2,30 componenti nel 2020 a 2,15 nel 2030 per calare ancora fino a 2,07 nel 2040. È rilevante la previsione dell'aumento di 332 mila famiglie composte da una sola persona in soli 20 anni (fino al 2040) che passerebbero dal 34,8% al 39,4% del totale delle famiglie.

1.4. Le fragilità

Il concetto di fragilità. Poiché il SSR deve occuparsi in via prioritaria di soddisfare i bisogni dei cittadini più fragili, una premessa che definisca il concetto di fragilità adottato per la costruzione del PSSR è doverosa. Il quadro concettuale di riferimento è quello definito dal DM 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN) che, tra l'altro, definisce le linee di indirizzo per la "Stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico".¹⁶ Il modello, utilizzando informazioni relative ai bisogni clinici, assistenziali e sociali della persona, offre gli elementi per identificare i bisogni di ogni cittadino e tradurli in un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Partendo da queste basi concettuali, è stato sviluppato e validato un modello multidimensionale per l'identificazione e la stratificazione delle fragilità.

lombarda continui la sua azione, con un aumento sostanziale del numero e della percentuale di cittadini che per età anagrafica sono convenzionalmente considerati inattivi (65 anni o più), o particolarmente fragili (85 anni o più).

Nel breve periodo è previsto che, all'aumento del numero di famiglie, si accompagni un aumento del numero e della percentuale di famiglie unipersonali (composte da una sola persona).

Il concetto di fragilità, finalizzato alla programmazione delle azioni, è mirato all'identificazione dei bisogni di ogni singolo cittadino al fine di tradurli in un Piano Assistenziale Individualizzato



Le componenti della fragilità. Un cittadino è tanto più fragile: (i) quanto maggiore è la sua complessità clinica; (ii) quanto minore è l'aderenza alle raccomandazioni basate sulle evidenze per la cura delle malattie di cui soffre e per le campagne di prevenzione secondaria dei tumori; (iii) quanto più ridotta è l'autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane; (iv) quanto più elevato è il rischio di essere istituzionalizzato in RSA (se ha età ≥ 65 anni); (v) se vive in un contesto sociale disagiato. Queste cinque componenti della fragilità sono qui di seguito descritte, insieme alla loro dimensione in Lombardia.

Complessità clinica. È definita dall'insieme delle malattie/condizioni di cui il cittadino è affetto pesate per la mortalità a cinque anni associata ad ognuna di esse. È misurata da un indice validato nel 2019 con l'acronimo CReSc (*Chronic Related Score*),¹⁷ recentemente aggiornato e rivalidato con il nome CReSc 2.0.¹⁸ Dei 9 milioni e 963 mila cittadini lombardi non istituzionalizzati al 1° gennaio 2022, circa 6 milioni e 835 mila non avevano evidenza di essere affetti da alcuna condizione cronica e rappresentano dunque il bersaglio degli interventi di prevenzione primaria e promozione della salute. Dei rimanenti 3 milioni e 127 mila con almeno una condizione cronica, gli interventi di monitoraggio, cura, riabilitazione, presa in carico progressivamente più attenti ed intensivi sono richiesti per i cittadini che presentano un quadro clinico di lieve (1 milione e 871 mila), media (939 mila), severa (258 mila) e molto severa (poco meno di 59 mila) complessità. Ricordando che questi numeri si riferiscono ai cittadini non istituzionalizzati, ai 59 mila cittadini con complessità molto severa, bisognerebbe aggiungere i quasi 14 mila e 27 mila che nel corso del 2022 hanno rispettivamente ricevuto assistenza in *Hospice* o, essendo istituzionalizzati in RSA, erano classificati come clinicamente severi.

Mancata aderenza alle raccomandazioni. È definita dall'insufficiente continuità delle cure territoriali dei pazienti affetti da condizioni croniche rilevanti e dalla mancata partecipazione all'invito a sottoporsi agli esami per la diagnosi precoce di alcune malattie. Al fine di fornire un quadro sintetico di questa componente della fragilità, l'approccio seguito consiste nel considerare la mancata aderenza alle cure di alcune condizioni/malattie caratterizzate da grande rilevanza in sanità pubblica e ad alcuni esami di *screening*, attraverso i flussi informativi sociosanitari correnti che registrano i dati sulle prestazioni a carico del SSR. In relazione alle cure (i) il 63% dei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 non aderisce alle raccomandazioni delle società di diabetologia per il monitoraggio della malattia sui due controlli annuali dell'emoglobina glicata;¹⁹ (ii) dal 40% al 61% dei pazienti affetti da malattie croniche rilevanti (ipertensione, dislipidemie e diabete mellito di tipo 2) non ha evidenza di continuità delle cure farmacologiche, ovvero risulta coperto dalla disponibilità del farmaco per meno di 9 mesi rispetto ai 12 mesi di osservazione. In relazione alla prevenzione secondaria: (i) il 42% e il 57% dei cittadini invitati a sottoporsi a esame per la diagnosi precoce del tumore mammario femminile e del colon-retto non aderiva all'invito fino al 2019; (ii) la netta riduzione della copertura

Il modello multidimensionale costruito e validato dalla DG Welfare della regione Lombardia definisce e misura cinque componenti della fragilità.

Un cittadino è tanto più fragile quanto più è clinicamente complesso. Circa 3 milioni e 127 mila cittadini non istituzionalizzati hanno almeno una condizione cronica, e di questi circa 59 mila presenta un quadro clinico particolarmente severo associato a un rischio di morte a 5 anni 68 volte superiore a quello di un individuo non affetto da cronicità

Un cittadino è tanto più fragile quanto meno aderisce alle raccomandazioni per il monitoraggio, la cura e la prevenzione delle malattie. Più della metà dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, dislipidemia e/o ipertensione, non aderisce alle raccomandazioni. Fino al 2019, il 42% dei cittadini non aderiva allo screening per il tumore della mammella, ancor più (57%) a quello per il tumore del colon-retto. L'aderenza si è



delle campagne di *screening* registrato durante lo shock pandemico da Covid-19, spiega perché i tumori si presentano oggi all'osservazione clinica in uno stadio avanzato con sempre maggior frequenza.

Ridotta autonomia. È definita come qualsiasi limitazione o perdita della capacità di compiere un'attività nel modo e nei limiti considerati normali per un essere umano (ovvero normalmente proprio a quella persona in relazione all'età, sesso e ai fattori socioculturali).^{20 21} Al fine di fornire un quadro sintetico della dimensione di questa componente della fragilità, l'approccio seguito consiste nel considerarne alcuni traccianti attraverso i flussi informativi sociosanitari correnti che registrano i dati sulle prestazioni a carico del SSR. Nel 2022 circa 516 mila cittadini hanno usufruito di esenzione per invalidità, 227 mila di almeno una prestazione di assistenza protesica, 104 mila di almeno una prestazione di assistenza domiciliare (per parziale o totale dipendenza soprattutto nella deambulazione, abbigliamento e uso dei servizi igienici), 84 mila hanno ricevuto assistenza in RSA (quasi un terzo dei quali per severa riduzione dell'autosufficienza), più di 10 mila hanno frequentato centri diurni per anziani e persone con disabilità (quasi sempre per fragilità severa). Nel complesso quasi 672 mila cittadini usufruiscono di prestazioni, supporti ed ausili per la disabilità pari a una prevalenza del 6.7% della popolazione lombarda.

Propensione all'istituzionalizzazione. È definita dall'insieme dei determinanti (malattie/condizioni di cui il cittadino è affetto, e prestazioni Socio-Sanitarie che gli/le vengono erogate), pesate per il rischio di istituzionalizzazione in RSA associato ad ognuno di essi. Il corrispondente punteggio è stato recentemente costruito e validato. Dei 2 milioni e 417 mila ultrasessantacinquenni non istituzionalizzati al 1° gennaio 2022, poco più della metà (1 milione e 255 mila) non aveva evidenze di esposizione a malattie/condizioni/prestazioni che li espone al rischio di istituzionalizzazione. Dei rimanenti 1 milione e 162 mila con almeno un fattore di rischio, 954 mila, 160 mila e 47 mila si caratterizzava per moderato, intermedio e alto rischio di istituzionalizzazione (dove il rischio moderato, intermedio ed alto comporta un aumento della probabilità di istituzionalizzazione 4, 11 e 19 volte superiore rispetto all'assenza di fattori di rischio).

Vulnerabilità sociale. È definita dalla residenza in un'area (sezione di censimento) caratterizzata da basso livello di scolarizzazione ed elevati tasso di disoccupazione, indice di vecchiaia e proporzione di nuclei familiari monocomponenti.

In media, la vulnerabilità sociale riguarda il 38% delle famiglie monocomponenti, il 32%, 4% e 12% dei cittadini rispettivamente disoccupati, con basso livello di istruzione e con età avanzata. Ognuno di questi indicatori ha enorme variabilità tra distretti suggerendo che il potenziale dell'impatto della vulnerabilità sociale nei territori non può essere omologato all'intera Regione. Poiché la vulnerabilità sociale è pensata come mediatore tra azioni (preventive,

ulteriormente ridotta durante la pandemia.

Un cittadino è tanto più fragile quanto più è limitato nello svolgimento delle attività quotidiane e nelle funzioni cognitive. Circa 672 mila cittadini usufruiscono di servizi, prestazioni, e ausili che ne supportano la ridotta autonomia con una prevalenza del 6.8%.

Un cittadino anziano è tanto più fragile quanto maggiore è il rischio di istituzionalizzazione che lo caratterizza. Circa 1 milione e 162 mila cittadini hanno almeno un fattore di rischio di istituzionalizzazione, di cui circa 47 mila presenta un quadro molto complesso che ne aumenta il rischio di 19 volte.

Un cittadino anziano è più fragile se vive in un contesto sociale disagiato. I fattori che amplificano il disagio sono l'età avanzata (12%), il basso livello di istruzione (4%), la disoccupazione (32%), e la composizione del nucleo familiare (38%).



curative, riabilitative) ed esiti (ovvero l'efficacia delle azioni è tanto minore quanto maggiore è la vulnerabilità sociale del territorio in cui le azioni vengono erogate²²) questa componente della fragilità dovrebbe guidare l'intensità e le modalità di intervento relative alle altre componenti della fragilità.

Altre fragilità. Infanzia e adolescenza rappresentano un'area di ulteriore fragilità, ancor più in seguito alla pandemia, che ha esacerbato le vulnerabilità esistenti. La dispersione scolastica esplicita (15%) e implicita (2,5%) in Lombardia è più bassa della media nazionale ma comunque rilevante, soprattutto nella popolazione migrante.²³ Essa rappresenta sia un fattore di rischio sia un fattore di aggravamento nel disagio minorile, nei disturbi del neurosviluppo e nei disturbi psichiatrici dei minorenni, che tutti appaiono in rilevante aumento. Con specifico riferimento alla sempre più dilagante dipendenza tecnologica dei minori, acuita in fase pandemica, è necessario potenziare il trattamento di tale patologia.

Inoltre, si evidenzia il quadro di povertà educativa e di esclusione sociale in cui versano molti minori a cui si aggiunge la contrazione del reddito delle famiglie che espone a ulteriori condizioni di instabilità.



Appendice: I numeri del Sistema Sociosanitario Regionale

Popolazione, territorio	1° gennaio 2023
Numero di abitanti	9.950.742
di cui usufruiscono di esenzione	
per patologia	2.821.399 (28.4%)
per reddito	3.926.364 (39.5%)
per disabilità	534.819 (5.4%)
Comuni	1504
Agenzie di Tutela della Salute (ATS)	8
Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST)	26
Distretti	86
Personale	1° gennaio 2023
Personale del SSR	146.305
di cui in servizio presso strutture pubbliche	73,6%
di cui con ruolo sanitario	67,2%
Medici di medicina generale	5.616
Pediatri di libera scelta	1.094
Personale RSA (1° gennaio 2022)	41.022
Personale Centri Diurni (1° gennaio 2022)	1.133
Personale Hospice (1° gennaio 2022)	2.859
Strutture e offerta di servizi	1° gennaio 2023
Ospedali	204
di cui privati accreditati	104
Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)	19
di cui privati accreditati	14
Posti letto ospedalieri a contratto	39.469
di cui in ospedali privati	14.913
Rete ospedaliera di emergenza-urgenza	
Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA)	
I livello	13
II livello	44
Pronto soccorso	42
Aggregazioni Funzionali Territoriali	
Medici di medicina generale	235
Pediatri di libera scelta	86
Specialisti territoriali	26
Case di comunità attive al 1° settembre 2023 (previste dal POR)	92 (216)
Ospedali di comunità attive al 1° settembre 2023 (previste dal POR)	17 (71)
Centrali Operative Territoriali (previste dal COT)	31 (104)
Ambulatori specialistici a contratto	828
di cui a carico di enti privati	411
Grandi apparecchiature sanitarie di cui alla D.G.R. n. X/1185 del 20/12/2013 (Allegato 3), alla D.G. R. n. X/2989 del 23/12/2013 (Allegato B) e al D.M. 22 aprile 2014 (situazione al 6 ottobre 2023)	
Tomografi assiali computerizzati (TAC)	4878
Tomografi a risonanza magnetica (RMN)	423
Acceleratori lineari (ALI)	107
Gamma camere computerizzate (GCC)	67
Sistemi TAC/PET	52
Sistemi TAC/GAMMA CAMERA	28
Sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica (ROB)	54
Angiografi (ANG)	250



Mammografi (MMI)	482
Farmacie	3.033
Strutture per Anziani	
Strutture residenziali (RSA): Numero di strutture (numero di posti) a contratto	666 (57.580)
Centri Diurni Integrati (CDI) : Numero di strutture (numero di posti) a contratto	290 (6.410)
Strutture per persone con Disabilità	
Residenze sanitarie per disabili (RSD): Numero di strutture (numero di posti) a contratto	100 (4.111)
Comunità Sociosanitaria (CSS): Numero di strutture (numero di posti) a contratto	170 (1.528)
Servizi Residenziali Terapeutico – Riabilitativi a Media Intensità per Minori (SRM): Numero di strutture (numero di posti) a contratto	5 (152)
Centri Diurni Disabili (CDD): Numero di strutture (numero di posti) a contratto	262 (6.610)
Strutture per Anziani / persone con Disabilità	
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): Numero di strutture a contratto	306
Riabilitazione ex art. 26 + cure intermedie: Numero di strutture (numero di posti) a contratto	80 (4.182)
Cure Palliative	
Hospice / Unità Operative Cure Palliative (UOCP): Numero di strutture (numero di posti) a contratto	73 (828)
Day Hospice: Numero di strutture (numero di posti) a contratto	22 (37)
Unità Cure Palliative Domiciliari: Numero di strutture a contratto	171
Dipendenze	
Comunità residenziali: Numero di strutture (numero di posti) a contratto	147 (2.713)
Strutture semiresidenziali: Numero di strutture (numero di posti) a contratto	16 (244)
Servizi ambulatoriali (SerD, SMI): Numero di strutture a contratto	86
Materno Infantile	
Consultori privati: Numero di strutture a contratto	86
Consultori pubblici: Numero di strutture a contratto	129
Prestazioni preventive	nel corso del 2022
Numero totale di vaccini somministrati	13.348.711
Segnalazioni di malattie infettive gestite	213.622
Test di screening	1.508.792
Controlli (documentali, ispezioni, audit e campionamenti)	125.147
Prevenzione Veterinaria ¹	
Contesto: Allevamenti	49.000
Capi zootecnici	33.000.000
Attività sottoposte a controllo (strutture riconosciute, registrate e macelli)	82.384
Controlli ispettivi su capi macellati	67.165.170
Ispezioni di sicurezza alimentare, sanità animale, benessere e farmacovigilanza	31.703
Allevamenti sottoposti a profilassi di stato	5.800
Emergenza Peste Suina Africana controllati 1600 allevamenti con circa 10.000 visite	
90.000 controlli diagnostici effettuati in circa 90 giorni	
Prestazioni assistenza territoriale	nel corso del 2022
Prestazioni specialistiche	147.682.087
di cui esami di laboratorio	109.859.550
di cui esami radiologici	15.335.226
Pazienti affetti da malattia/condizione cronica presi in carico	263.171
di cui dall'ASST	11.490

¹ (fonte U.O. Veterinaria Direzione Generale Welfare)



di cui dal medico di medicina generale	244.446
di cui da altre strutture	7.235
Anziani	
Strutture residenziali (RSA)	83.523
di cui con classe SOSIA più severa	26.813 (32.1%)
Centri Diurni Integrati (CDI)	3.878
Persone con Disabilità	
Residenze sanitarie per disabili (RSD)	4.278
di cui in classe SIDI più severa	2.314 (54.1%)
Comunità Sociosanitaria (CSS)	1.533
di cui in classe SIDI più severa	350 (22.8%)
Centri Diurni Disabili (CDD)	6.192
di cui in classe SIDI più severa	1.224 (19.8%)
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	103.848
Cure Palliative	
Hospice	13.837
Day Hospice	189
Domiciliari	17.495
Assistenza protesica	226.870
Persone che hanno ricevuto assistenza in centri di salute mentale	142.102
Persone che hanno ricevuto assistenza nei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	116.321
Persone che si sono rivolte ai servizi per le dipendenze patologiche	47.688
Prestazioni assistenza ospedaliera	nel corso del 2022
Ricoveri (giornate di degenza)	1.248.831 (9.028.918)
di cui per acuti	1.158.011 (6.821.213)
di cui per riabilitazione	72.825 (1.785.381)
di cui per lungodegenza	3.505 (116.365)
di cui ad alta complessità	128.170 (1.459.744)
Ricoveri Chirurgici (giornate di degenza)	616.448 (2.704.952)
Accessi in Pronto Soccorso	3.411.734
di cui % codice verde	65,15%
di cui % codice giallo	21,11%
di cui % codice bianco	8,51%
di cui % codice rosso	5,24%
Costi ((inclusi quelli sostenuti dal SSR lombardo per l'erogazione di assistenza a utenti in mobilità attiva extraregionale)	In milioni di euro nel corso del 2022
Totale a carico dell'Amministrazione Regionale	24.373,7
di cui per prevenzione collettiva e sanità pubblica	1.353,4
Attività medico legali per finalità pubbliche	45,2
Contributo Legge 210/92	19,9
Salute animale e igiene urbana veterinaria	182,0
Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori	90,3
Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale	111,6
Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali	604,4
Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	152,0
Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati	147,9
di cui assistenza distrettuale	12.811,0
Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale	1.014,2

Assistenza ai turisti	0,2
Assistenza farmaceutica	3.434,1
Assistenza integrativa e protesica	512,7
Assistenza presso strutture sanitarie interne alle carceri	53,9
Assistenza sanitaria di base	1.195,3
Assistenza sociosanitaria residenziale	1.664,8
Assistenza sociosanitaria semi-residenziale	244,1
Assistenza specialistica ambulatoriale	4.260,5
Assistenza termale	13,6
Continuità assistenziale	72,0
Emergenza sanitaria territoriale	345,7
di cui assistenza ospedaliera	10.068,7
Assistenza ospedaliera per acuti	8.364,2
Assistenza ospedaliera per lungodegenti	33,6
Assistenza ospedaliera per riabilitazione	629,6
Attività a supporto dei trapianti di cellule, organi e tessuti	24,3
Attività a supporto della donazione di cellule riproduttive	12,6
Attività di Pronto soccorso	803,8
Attività trasfusionale	181,7
Trasporto sanitario assistito	18,8
di cui per attività di ricerca	140,6

Fonti: Istituto Nazionale di Statistica, Aria Spa Lombardia, PoliS-Lombardia – UO Veterinaria



Sezione seconda – Gli scenari

2.1. Inquadramento

I dati sinora presentati offrono una dettagliata fotografia dell'offerta, della domanda e dei bisogni assistenziali della popolazione lombarda. Il termine fotografia non è casuale. Le misure che ne derivano sono tratte da uno sguardo non superficiale del presente. Tali dati servono a identificare le criticità e orientare la programmazione sanitaria sugli interventi più costo-efficaci (più efficaci e sostenibili) nel breve e nel lungo-termine. Ad esempio, quali interventi comportano la riduzione della probabilità di transizione da un gradino più basso a uno più elevato della piramide della complessità clinica? Con quali risultati attesi? A quali costi? Tuttavia, poiché gli scenari sono destinati a modificarsi nel tempo, orientarsi sulla base della sola fotografia è insufficiente. Le caratteristiche demografiche della popolazione (ad esempio, l'atteso ulteriore invecchiamento della popolazione, ma anche la sua attenuazione attraverso efficaci politiche di incentivazione della natalità), il progressivo adattamento delle nuove generazioni all'evoluzione tecnologica (ad esempio, con l'uso sempre più diffuso delle tecnologie digitali quali la telemedicina e le app mediche), i cambiamenti ambientali e climatici attesi che aprono il campo a nuove criticità per il benessere della popolazione, la disponibilità di tecnologie mediche sempre più sofisticate (ad esempio, attraverso disponibilità diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che agiscono con meccanismi innovativi e che hanno come esplicito obiettivo terapeutico la cronicizzazione dello stato di malattia), ma anche l'attesa progressiva riduzione delle risorse disponibili (ad esempio, per effetto della progressiva riduzione del gettito fiscale a causa della progressiva riduzione della popolazione in età lavorativa), suggeriscono che non è sufficiente intervenire solo sulla base di ciò che osserviamo, ma dobbiamo sforzarci di effettuare una pianificazione strategica basandoci su robuste previsioni dei futuri scenari.

Ancora più importante, è lo sforzo di modificare nel tempo quelli che oggi sono i bisogni sanitari espressi dalla popolazione agendo su tutto ciò che sia prevedibile e prevenibile. Per questo motivo sono molto utili gli scenari previsionali o, più comunemente, le simulazioni. Si tratta di proiettare nel futuro i dati attuali sull'andamento demografico e sulle tendenze epidemiologiche (ad esempio sulla prevalenza e sull'incidenza delle patologie croniche) e tecnologici (ad esempio l'uso sempre più comune delle tecnologie digitali) e rispondere alle seguenti domande: cosa accadrebbe alla spesa sanitaria regionale se i trend attuali continuassero nella loro traiettoria? Sarebbe sostenibile? Cosa accadrebbe all'incidenza delle patologie croniche se – almeno per la quota prevenibile da corretti stili di vita – si implementassero politiche di prevenzione primaria a livello di popolazione generale? Quali risparmi si

Come cambierà il contesto? Come i cambiamenti previsti guidano la programmazione? Dal contesto agli scenari

otterrebbero e dove si potrebbero allocare le risorse liberate? Quali risultati di salute si potrebbero conseguire se riuscissimo a ridurre l'inappropriatezza prescrittiva da parte dei medici e la mancata aderenza alle terapie da parte dei pazienti? Quali tecnologie potrebbero contribuire ad ottenere questo risultato? Con quali costi e con quali esiti?

La presente sezione, partendo dall'inquadramento generale degli obiettivi strategici e delle azioni raccomandate da organismi sovranazionali come la Comunità Europea e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, descrive le principali criticità che il sistema sociosanitario regionale lombardo deve affrontare nel prossimo futuro, definisce le linee di azione indirizzate a coniugare il mantenimento di elevati standard di qualità delle prestazioni erogate e la sostenibilità del sistema alla luce dei cambiamenti sociali e demografici in atto. Le proposte strategiche si basano sulla fotografia socioeconomica attuale e dalla sua proiezione nei prossimi anni.

2.2. One Health e riferimenti sovranazionali

Le linee di indirizzo strategico dei principali organismi sovranazionali ai quali questo PSSR si ispira si basano su alcuni documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS):

- ❖ *One Health* (l'approccio alla progettazione e all'attuazione di programmi, politiche, legislazione e ricerca in cui più settori comunicano e lavorano insieme per ottenere migliori risultati in termini di salute pubblica);²⁴
- ❖ *European Health Agenda 2020-2025* (che riguarda il piano strategico sulla visione e sulle priorità della politica sanitaria europea per i prossimi cinque anni);²⁵

e della Comunità Europea tra i quali:

- ❖ *European Global Health Strategy* (che offre un quadro per le politiche sanitarie dell'UE fino al 2030, stabilisce priorità politiche e principi guida per modellare la salute globale e identifica linee d'azione concrete);²⁶
- ❖ *EU4Health Programme* (il più grande programma sanitario dell'UE, con un budget di 5,3 miliardi di euro per il periodo 2021-2027 che investe in priorità sanitarie urgenti, rafforza i sistemi sanitari, rende accessibili i medicinali e i dispositivi medici e affronta le minacce sanitarie transfrontaliere).²⁷

In generale, questi documenti offrono le linee di indirizzo e suggeriscono le corrispondenti azioni, tese a garantire una migliore salute e benessere alle persone durante tutto il corso della vita. Tali azioni includono quelle che riguardano la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, il miglioramento dell'accesso all'assistenza sanitaria di qualità e il rafforzamento dei sistemi sanitari.

Questo Piano Sociosanitario Regionale si ispira alle linee di indirizzo strategico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e della Unione europea



Infine, la Commissione Europea attribuisce alla transizione verso l'era digitale un ruolo strategico per dare ai cittadini la possibilità di gestire la propria salute e rendere l'assistenza sanitaria più efficiente e accessibile.²⁸

2.3. Criticità del sistema proiettate al prossimo futuro

Queste linee di indirizzo strategiche necessitano di essere adattate ai contesti nazionali e regionali con azioni tese a superare le specifiche criticità. Qui di seguito se ne elencano almeno tre tra loro strettamente interconnesse.

Determinanti della salute e ripartizione della spesa. È stata riportata una chiara struttura gerarchica dei determinanti dello stato di salute della popolazione.²⁹ La salute è influenzata per il 43% dagli stili di vita, per il 27% dai fattori genetici, per il 19% dall'ambiente e per l'11% dai sistemi di cura.³⁰ La ripartizione della spesa sanitaria regionale ribalta questa struttura. Nel 2022 (cfr. Tabella in Appendice alla Sezione prima) la spesa ha riguardato prevalentemente il sistema di cure distrettuale e ospedaliero (che insieme hanno assorbito il 93,9% della spesa) e marginalmente gli interventi di prevenzione primaria tesi a promuovere la salute e prevenire le malattie, agendo sugli stili e sull'ambiente di vita (che nel complesso hanno assorbito il 5,6% della spesa). Una porzione ancora più marginale della spesa complessiva (0,6%) è assegnata alle attività di ricerca.

Complessità clinica e ripartizione della spesa. In accordo a quanto evidenziato nella sezione prima (cfr. par. 1.4) dei 9 milioni e 963 mila cittadini lombardi non istituzionalizzati, 3 milioni e 127 mila soffrono di almeno una condizione cronica. Nel 2022 la spesa è stata prevalentemente assorbita da questi cittadini che consumano l'80% delle risorse economiche del sistema sanitario regionale. Questo spiega la ripartizione della spesa di cui al precedente punto, oggi prevalentemente indirizzata alle cure dei pazienti affetti da cronicità.

Sostenibilità del sistema nel prossimo futuro. In assenza di interventi strutturali, questo quadro è destinato a peggiorare. La spesa sanitaria (che, come riportato nel par. 1.2 ammontava nel 2022 a circa 24,7 miliardi di euro), a fronte di una popolazione sostanzialmente costante, ma in progressivo invecchiamento (cfr. par. 1.3), è attesa incrementare a 25,4 miliardi di euro nei prossimi 10 anni.

Dall'analisi del contesto attuale vengono presi in considerazione vari aspetti come i determinanti della salute e la sproporzione degli investimenti regionali

In assenza di specifici interventi la proiezione della spesa sanitaria pubblica ha elementi di criticità

2.4. Trasformare le sfide in opportunità

Queste considerazioni impongono l'avvio di importanti azioni strutturali che indirizzino le scelte di governo della sanità lombarda verso un sostanziale cambiamento di rotta.

Utilizzando come quadro di riferimento quello della cosiddetta piramide della complessità clinica, la sfida consiste nell'avviare azioni in grado di prevenire la



transizione dei cittadini lombardi da un livello di complessità clinica a quello superiore.

Ad esempio, le azioni di prevenzione primaria tese a evitare l'insorgenza delle malattie attraverso la promozione di corretti comportamenti e stili di vita, si riflettono nella riduzione della probabilità di transizione dal livello più basso della piramide (quello attualmente rappresentato dai circa 6 milioni e 835 mila cittadini senza alcuna condizione cronica) al livello immediatamente successivo (quello attualmente rappresentato da 1 milione e 871 mila cittadini con quadro clinico di lieve intensità). Poiché ogni cittadino con quadro clinico di lieve intensità costa in media 2.225 euro in più rispetto a uno senza evidenze di cronicità, gli interventi di prevenzione primaria, se basati su azioni di provata efficacia, adattati allo specifico target e ben condotti, generano un implicito risparmio della spesa. La letteratura ha più volte sottolineato il legame tra azioni di prevenzione ed efficientamento delle risorse economiche destinate al sistema sanitario. A tal proposito, uno studio di Meridiano Sanità stima che per ogni euro investito in prevenzione si generi un risparmio di 2,9 euro nella spesa pubblica.³¹ Nel contesto lombardo, si stima che gli interventi di prevenzione primaria possano generare un risparmio di circa 1,5 miliardi di euro all'anno con primi risultati in un arco temporale minimo di 10 anni.

Le azioni di prevenzione secondaria tese a intervenire attraverso la diagnosi precoce in soggetti asintomatici e fornire, dunque, gli strumenti per arrestare la progressione della malattia, si riflettono anch'essi sulla composizione della piramide della complessità clinica. Nel contesto lombardo, si stima che gli interventi di prevenzione secondaria possano generare un risparmio di circa 850 milioni di euro all'anno con risultati già nel breve periodo, già visibile in un arco temporale di 1-2 anni.

In termini di investimenti, infine, l'assicurazione di azioni curative, riabilitative e assistenziali efficaci deve pur sempre essere garantita dal SSR. Anche in questo caso dovremmo parlare di prevenzione (che qualcuno definisce terziaria) delle transizioni da livelli più alti della piramide della complessità clinica (ad esempio dal quadro clinico di lieve intensità, ad uno di media o severa intensità). In questo caso il cambio di paradigma riguarda la capacità del sistema di migliorare l'accessibilità alle cure, incluse quelle innovative, di ottimizzare l'appropriatezza delle prestazioni, di ripensare alla rete dei servizi di emergenza urgenza. Accanto a queste azioni, quelle rivolte ai servizi sociosanitari e alla rete di assistenza delle persone con ridotta autosufficienza necessitano di particolare attenzione. A tal fine sarà dedicato particolare impegno alla lettura dei bisogni sociosanitari emergenti individuando modelli innovativi e sempre più attuali per l'erogazione dei servizi, anche attraverso una sempre maggiore aderenza dei requisiti di accreditamento e del sistema tariffario. Ripensare alla loro erogazione, anche assicurando servizi sempre più vicini ai bisogni dei cittadini, in particolare quelli più fragili, non deve tuttavia distogliere dall'obiettivo strategico prioritario che è quello di evitare che, per effetto del progressivo

Interventi mirati di prevenzione primaria possono ridurre la necessità di cura dei cittadini, aumentando la qualità di vita della popolazione regionale e rendendo più sostenibile il sistema sanitario regionale

Interventi di prevenzione secondaria si riflettono anch'essi sulla composizione della piramide della complessità clinica

L'obiettivo strategico prioritario è evitare che, per effetto del progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento del numero di cittadini che necessitano di azioni curative, riabilitative e assistenziali renda insostenibile il sistema.



invecchiamento della popolazione, aumenti in maniera incontrollabile il numero di cittadini che necessita di azioni curative, riabilitative e assistenziali.

Sostenibilità e misurazione delle performance. Allocazione efficiente ed efficace delle risorse esistenti in funzione del valore generato/generabile, con ipotesi di evoluzione della attuale modalità di remunerazione delle prestazioni. Passare da logiche di mera erogazione delle prestazioni a logiche di misurazione degli esiti (*outcome*), sia in termini clinici (salute generata dall'azione sanitaria sui pazienti) sia organizzativi (ottimizzazione dei processi). Definire, anche ad esempio, dei budget di salute funzionali al conseguimento di obiettivi di salute della popolazione e, quindi, parametrati ad essi, in termini di risorse economiche e strumentali allocate. Regione Lombardia, capitalizzando le esperienze già maturate, avvierà una sperimentazione coordinata dalla DG Welfare insieme alla DG Bilancio, nella quale applicare tali logiche in ambito sia ospedaliero sia territoriale e con una specifica valutazione dell'impatto sulle liste di attesa nei due ambiti.

2.5. L'articolazione del piano in accordo al contesto e agli scenari

Il PSSR è stato costruito con questo obiettivo. L'indirizzo strategico è di potenziare le azioni preventive (primarie, secondarie e terziarie) per conciliare salute e benessere dei cittadini e sostenibilità del sistema. Questo si traduce in azioni:

- ❖ di prevenzione primaria e secondaria, cura e riabilitazione delle condizioni croniche e risposta alle malattie tempo-dipendenti; la veterinaria pubblica si inserisce nel quadro prospettato con i nuovi paradigmi di prevenzione ispirati alla visione *One Health* (cfr. sezione terza);
- ❖ di valorizzazione e revisione della rete di servizi sociosanitari dedicati agli anziani, alle persone con disabilità e a quelle con disturbi mentali (cfr. sezione quarta);
- ❖ per lo sviluppo strategico e organizzativo degli attori, dei processi e del personale finalizzato alla piena realizzazione degli obiettivi strategici (cfr. sezione quinta);
- ❖ per rendere l'assistenza sanitaria più efficiente e accessibile attraverso il governo della transizione verso l'era digitale (cfr. sezione sesta).

Infine, una strategia caratterizzata da solido *background* scientifico per la definizione degli obiettivi strategici e delle azioni volte ad affrontarli e per il monitoraggio delle azioni e valutazione del loro impatto,³² che miri al miglioramento continuo della qualità delle azioni di prevenzione, cura e supporto assistenziale è parte integrante del PSSR (cfr. sezione settima).

La pianificazione strategica di questo Piano Sociosanitario Regionale, ispirata alle linee di indirizzo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e della Commissione Europea, traendo spunto dalle criticità del sistema, e dalle critiche previsioni sulla sua sostenibilità nel prossimo futuro, delinea gli interventi sanitari e sociosanitari, gli aspetti gestionali del sistema e quelli innovativi



Sezione terza – Gli interventi sanitari

3.1. Inquadramento

Il Piano Sociosanitario Regionale (PSSR), quale strumento di Programmazione integrato delle attività da erogare nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, si inserisce in un più ampio contesto evolutivo, che riguarda tanto l'impianto organizzativo quanto i modelli assistenziali e di riparto delle risorse. In esso trovano spazio e si incontrano la libertà di scelta del cittadino e la libertà di azione dei soggetti impegnati nell'erogazione dei servizi. I principi guida sono tesi a rafforzare maggiormente la stretta integrazione tra area ospedaliera e area territoriale per realizzare innovandola, la riorganizzazione della filiera, partendo dalla prevenzione primaria e promozione della salute, dalla prevenzione secondaria, dal percorso di cura e riabilitazione, alla presa in carico del paziente cronico. Sarà implementata l'incentivazione e sviluppo del ruolo del Terzo Settore, negli ambiti territoriali di programmazione e organizzazione dei servizi sociosanitari (cfr. sezione quarta), quale soggetto di innovazione ed evoluzione di un modello di welfare sussidiario e partecipato, con l'adozione di provvedimenti che semplifichino, potenzino e razionalizzino i moduli di raccordo tra Terzo Settore e amministrazione pubblica. Regione Lombardia promuove lo sviluppo delle reti di offerta ospedaliera, sia nell'area delle patologie tempo-dipendenti, sia nei settori di elevata specializzazione, delineandone indirizzi, contenuti e confini nell'ambito di atti programmatori settoriali e specifici (cfr. sezione quinta). La programmazione sanitaria regionale svolgerà l'attività prestando attenzione allo sviluppo organizzativo "a rete": ci si deve orientare allo sviluppo di un "modello ospedaliero a rete" che colleghi tra loro le diverse Strutture, ciascuna nell'ambito del proprio ruolo assegnato a ciascuno dalla programmazione regionale, favorendo l'integrazione di discipline prettamente ospedaliere con i servizi territoriali e domiciliari che saranno incrementati per soddisfare quanto più possibile i bisogni di salute della totalità dei pazienti. L'organizzazione a rete permetterà altresì un governo omogeneo del personale necessario e della relativa logistica e faciliterà la distribuzione territoriale delle specialità più equilibrata ed efficace. Oltre ai Poli ospedalieri delle ASST, la competenza specialistica è completata dalla ricca e qualificata offerta regionale di IRCCS e dalla consolidata presenza dei Presidi ospedalieri privati accreditati che, soprattutto in taluni ambiti, sono sicuramente una componente essenziale del Sistema Sanitario Regionale. In tale contesto organizzativo si innesta la rete formativa universitaria, pubblica e privata, che individua i Poli Universitari e i Presidi di riferimento per le attività di insegnamento e ricerca, elementi essenziali per lo sviluppo continuo della qualità delle cure e dell'innovazione in sanità. Il modello organizzativo a "rete" sarà quello più funzionale alla realizzazione dell'obiettivo di garantire la

La programmazione integrata delle attività da erogare si inserisce in un più ampio contesto evolutivo, che riguarda tanto l'impianto organizzativo quanto i modelli assistenziali e di riparto delle risorse. In questa sezione l'attenzione è rivolta alle linee di indirizzo programmatico degli interventi sanitari che si richiamano alla prevenzione primaria e alla promozione della salute, alla diagnosi precoce e alla prevenzione secondaria, alla cura e riabilitazione, agli interventi di razionalizzazione dei servizi di emergenza urgenza, ed alla veterinaria pubblica.



continuità delle cure, l'omogeneità di trattamento sul territorio e il governo dei percorsi sanitari in una linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica. Nell'ambito degli investimenti in edilizia sanitaria, sarà prioritario anche l'impegno per l'avvio e il completamento dei grandi progetti strategici attinenti alle strutture sanitarie pubbliche quali, tra gli altri, la Città della Salute e della Ricerca, il Policlinico Fondazione IRCCS Cà Granda e l'Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi di Milano. L'impegno di Regione Lombardia sarà inoltre volto a rendere il sistema sociosanitario sempre più vicino al cittadino, in cui anche la casa diventi il luogo di cura e assistenza. Sono previsti lo sviluppo delle Case di comunità e l'attivazione di nuovi posti letto di Ospedali di Comunità da distribuire in ogni distretto sanitario, per la gestione di pazienti che richiedono assistenza non acuta e nella fase di transizione dall'ospedale al domicilio o alle strutture residenziali (cfr. sezione quinta). La possibilità che il Sistema sociosanitario regionale possa continuare ad assorbire in modo adeguato la domanda di salute dei cittadini-utenti è rappresentata dall'innovazione e dalla evoluzione dei modelli organizzativi attraverso cui viene articolata la rete d'offerta. Il contesto epidemiologico e le proiezioni future dei bisogni di salute (cfr. sezioni prima e seconda) imporranno la necessità di delineare il passaggio da un modello di rete inteso principalmente come network clinico-scientifico, ad un modello in grado prioritariamente di supportare la programmazione regionale nella definizione e innovazione organizzativa idonea a garantire maggiore omogeneità di accesso alle cure di qualità sul territorio e maggiore integrazione dell'offerta tra il polo ospedaliero e il polo territoriale. In tale contesto Regione Lombardia intende anche implementare la diffusione capillare dei servizi di Telemedicina su tutto il territorio con un approccio di sistema e con l'utilizzo di adeguate tecnologie digitali. La nuova piattaforma unica, integrata e centralizzata, supporterà l'erogazione strutturata e la diffusione dei servizi di televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio su tutto il territorio regionale e sosterrà il funzionamento del SSR con dotazioni tecnologiche innovative messe a disposizione dei cittadini e degli operatori sociosanitari (cfr. sezione sesta).

In questa sezione l'attenzione è rivolta alle linee di indirizzo programmatico degli interventi sanitari che si richiamano alla prevenzione primaria e secondaria, alla cura e riabilitazione, con particolare *focus* alle malattie e alle condizioni croniche, agli interventi di razionalizzazione dei servizi di emergenza urgenza, ed infine alla veterinaria pubblica. Nella totalità delle linee suggerite, l'approccio basato sui dati teso ad affrontare le criticità emerse dalla osservazione del *gap* tra offerta e bisogni (cfr. sezione prima) e i futuri scenari (cfr. sezione seconda), a porre attenzione alle evidenze scientifiche disponibili, e a monitorare e valutare l'impatto delle azioni (cfr. sezione settima) sono intesi come *driver* del PSSR.

3.2. Prevenzione primaria e promozione della salute

Obiettivo della prevenzione è migliorare la qualità di vita della popolazione aumentando gli anni in salute, riducendo la mortalità prevenibile e l'istituzionalizzazione. La prevenzione agisce tramite *partnership* intersettoriali, l'*empowerment* di persone (cittadini, consumatori, lavoratori) e imprese/istituzioni, l'identificazione e rimozione di rischi (sorveglianze, controlli) e l'offerta diretta di prestazioni. È prevista l'analisi di stratificazione della popolazione, dell'equità di offerta (determinanti sociali) ed un approccio *One health*. Il Piano Regionale di Prevenzione ed il Piano Pandemico sono gli atti programmatici di riferimento. Dovrà essere garantita una gestione unitaria regionale delle attività di prevenzione, da attuarsi e monitorarsi sul territorio attraverso il fondamentale contributo dei Dipartimenti di Prevenzione. È fondamentale riconnettere le attività di prevenzione e cura, particolarmente nei contesti giovanili.

Strumenti di sviluppo sono l'analisi dei dati generati dai flussi regionali correnti, da registri, sistemi di sorveglianza e da fonti non strutturate (*big data*), la digitalizzazione dei servizi, l'automazione delle attività di controllo e sorveglianza (droni, intelligenza artificiale), la certificazione delle capacità/abilità (*skills*) degli operatori sanitari e sociosanitari. L'innovazione è garantita da meccanismi decisionali basati sulle evidenze disponibili (*Evidence-based medicine and public health*), dalla partecipazione alla ricerca scientifica transazionale e dal supporto alla ricerca primaria.

Promozione della Salute. Informare la popolazione non è più sufficiente, occorre individuare dimensioni per il cambiamento del comportamento verso direzioni più salutari tramite approcci:

- ❖ multicomponente (agendo su diversi fattori di rischio modificabili/determinanti di salute: fumo, alcol, scorretta alimentazione, sedentarietà);
- ❖ lungo tutto il percorso di vita (*life-course*);
- ❖ per *setting* (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario).

Si intende proseguire con accordi con il mondo scolastico e dell'impresa per lo sviluppo della Rete delle Scuole che Promuovono Salute e della Rete dei Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute, nonché con gli enti locali nei Piani di sviluppo territoriale. Di riferimento è l'ingaggio del cittadino e del professionista sanitario tramite la valorizzazione del *counseling* motivazionale breve per favorire stili di vita salutari e l'informazione personalizzata (anche digitale).

Attività prioritarie per il contrasto dell'obesità e della malnutrizione e delle malattie croniche non trasmissibili sono:

- ❖ l'orientamento alla sana alimentazione nelle mense scolastiche ed aziendali e alla ristorazione negli ospedali;

La prevenzione primaria consiste nell'adozione di interventi in grado di evitare che una patologia insorga in individui che ne sono esenti. La promozione della salute supera il concetto di prevenzione e mira alla promozione del benessere nella sua dimensione fisica, psicosociale ed emotiva.

Gli interventi di promozione della salute agiscono su diversi setting (scuola, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario), riguardano in modo differenziato l'intero corso della vita (ad iniziare dal periodo uterino prenatale, fino all'età avanzata) e agiscono sui determinanti modificabili dello stato di salute (ad esempio, fumo, alcol, scorretta alimentazione, sedentarietà)

- ❖ l'attivazione di programmi verificati per l'attività fisica accessibili ad ogni fascia d'età e condizioni sanitarie, anche prevedendo l'istituzione delle "Palestre e Associazioni per la Salute", quali luoghi adibiti a garantire al cittadino con fattori di rischio e malattie croniche non trasmissibili la possibilità di svolgere attività fisica in un percorso non sanitario, nonché l'attivazione di programmi verificati per l'attività fisica accessibili ad ogni fascia d'età e condizioni sanitarie;
- ❖ l'orientamento ad un'allerta precoce per sovrappeso e malnutrizione (*screening* nutrizionali) e l'offerta di presa in carico per le situazioni a rischio;
- ❖ l'implementazione di un modello per promuovere l'alfabetizzazione nutrizionale e l'attività fisica nella prevenzione/gestione del Diabete Mellito di tipo 2 e delle patologie cardiovascolari;
- ❖ l'attivazione di programmi di informazione e sensibilizzazione sui temi della preservazione della fertilità e sui fattori di rischio (comportamentali e stile di vita) che incidono sulla fertilità della donna e dell'uomo;
- ❖ relativamente alle demenze e alla malattia di Alzheimer saranno promosse campagne informative sui 12 fattori di rischio.

In merito ai primi 1000 giorni di vita sono obiettivi regionali la sensibilizzazione dei genitori sull'assunzione di acido folico a partire dall'epoca preconcezionale, e i corretti comportamenti quali l'astensione dell'assunzione di bevande alcoliche e del fumo in gravidanza, l'allattamento al seno, la prevenzione della sindrome della morte improvvisa del lattante (*Sudden Infant Death Syndrome - SIDS*) mediante la corretta sistemazione in culla, la protezione del neonato in auto e in casa, l'invito a sottoporre il bambino alle vaccinazioni secondo il calendario raccomandato, e l'invito a leggere un libro insieme al bambino (progetto Nati per Leggere). È inoltre auspicabile una maggiore sensibilizzazione delle famiglie a un uso consapevole degli strumenti tecnologici e alla valorizzazione di esperienze di gioco condiviso in ambito familiare per promuovere uno sviluppo armonico del bambino.

Sul versante delle dipendenze da sostanze e comportamenti è cruciale intervenire con azioni e programmi ambientali volti a potenziare le capacità individuali e comunitarie; l'implementazione dei programmi nel setting scolastico e le strategie integrate per il contrasto al gioco azzardo patologico saranno anch'esse potenziate. Particolare attenzione sarà dedicata all'integrazione fra programmi preventivi, percorsi di diagnosi precoce e invio e presa in carico da parte dei servizi di cura.

Regione Lombardia agisce per la riduzione del rischio con un insieme di politiche, programmi e interventi mirati a ridurre le conseguenze negative del consumo di droghe, legali e illegali, sul piano della salute, sociale ed economico, per i singoli, le comunità e la società, implementando e sostenendo il lavoro delle Unità di Strada e dei *drop-in*, che fungono da "ponte" nel raccogliere la

motivazione e sostenere l'accesso a programmi terapeutici e riabilitativi, fornendo un contributo iniziale alla modificazione degli stili di vita.

Secondo gli ultimi dati forniti dall'ISTAT (2022) in Italia sono circa 23 milioni le persone in eccesso ponderale e circa 6 milioni in condizione di obesità. Nella fascia dell'età evolutiva si stima che il 27,2 % della popolazione che va dai 3 ai 17 anni è in eccesso di peso. I dati ISTAT (2021) confermano che in Lombardia ci sono circa 2,6 milioni di persone in sovrappeso e più di 880 mila obesi adulti. Al fine di realizzare una corretta presa in carico della persona con obesità occorre attivare una interlocuzione con gli enti territoriali, che non includono solo le istituzioni sanitarie ma anche ad esempio le farmacie territoriali, interessando anche le scuole, affinché si possa attuare una programmazione strategica per gestire e trattare adeguatamente la patologia su scala regionale, anche attraverso l'identificazione dei centri specifici di cura e lavorando sulle reti clinico assistenziali.

Sviluppo e diffusione nei servizi sociosanitari della Medicina di Genere. In sintonia con il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere pubblicato dal Ministero nel 2019 (in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018), Regione Lombardia intende diffondere l'approccio innovativo della medicina di genere, in quanto medicina che riconosce la centralità dell'individuo, delle sue caratteristiche biologiche, psicologiche, sociali, dei suoi bisogni e dei suoi valori.

Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro. Viene data costante priorità al contrasto del fenomeno infortunistico anche attraverso l'incremento dell'attività di controllo, ovvero mediante ispezioni e Piani Mirati di Prevenzione. Prioritario sarà il comparto delle costruzioni (per il quale è previsto uno specifico *target* di copertura dei cantieri attivi e l'utilizzo dell'algoritmo Caricamento Rischio Cantieri per l'individuazione delle realtà a maggior rischio) oltre che dell'agricoltura e della metalmeccanica.

Attenzione è rivolta al tema delle aggressioni negli ambienti sanitari.³³ Il monitoraggio del fenomeno è funzionale all'analisi dei rischi e alla valutazione di efficacia delle azioni di miglioramento contro le violenze sugli operatori sanitari.

Nell'ambito della prevenzione delle malattie professionali, la valutazione del rischio chimico deve sviluppare modalità univoche nella analisi e nell'individuazione di misure di protezione, indipendentemente dal settore/comparto di attività in cui si esplica il controllo: la tutela della salute umana e dell'ambiente si esplica sull'intero ciclo di vita con interventi trasversali di protezione del cittadino/consumatore e del lavoratore. Le neoplasie a bassa frazione eziologica rivestono una particolare attenzione in quanto spesso non riconosciute come lavoro-correlate e neppure rilevate nell'anamnesi. Per contrastare questa tipologia di tumori verranno avviate azioni in grado di integrare la normativa di prodotto e la normativa sociale. A supporto di un'efficace azione di controllo a tutela della salute del lavoratore, l'attenzione ai

*Viene data costante
priorità al contrasto
del fenomeno
infortunistico*



tumori professionali a breve latenza (es. linfomi), verrà attuata attraverso indagini sulla sussistenza del nesso causale integrate da indagini analitiche espletate in una logica di rete dai laboratori di Prevenzione delle ATS e della unità operative di medicina del lavoro.

Inoltre, sono previsti specifici interventi per la prevenzione di malattie *stress-lavoro* correlato, quali implementazione di modelli di valutazione del rischio in termini di ricadute organizzative e di *stress* percepito dai lavoratori.

Ambienti di vita - Salute Ambiente e Clima - *Urban Health*. I rischi per la salute associati al degrado dell'ambiente, ai cambiamenti climatici e la perdita di biodiversità evidenziano l'urgenza di attivare forme di responsabilità condivisa rispetto ai nuovi paradigmi di prevenzione ispirati alla visione *One Health*.

Il settore sanitario può dare un contributo decisivo operando in modo sistematico, promuovendo tecnologie rispettose dell'ambiente, consumi sostenibili, bioedilizia e spazi verdi urbani e una gestione dei sistemi sanitari più efficiente, anche attraverso la strutturazione del Sistema Regionale di Prevenzione della Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS) con lo scopo di migliorare le politiche e le strategie del Servizio Sanitario Regionale per la prevenzione e la cura delle malattie associate a rischi ambientali e climatici. Obiettivi del SRPS sono: (i) lo sviluppo di una rete di sorveglianza capillare in grado di intercettare i rischi ambientali (sia regionali sia locali) per la salute tramite una analisi completa e integrata dei dati sanitari ed ambientali; (ii) il miglioramento della capacità analitica dei laboratori; (iii) lo sviluppo di sistemi complessi di biobancaggio di matrici umane e ambientali. Obiettivi prospettici sono: (i) orientare il SSR e sensibilizzare i cittadini in merito alla prevenzione degli effetti sulla salute della temperatura nei periodi estivi ed invernali, dell'inquinamento atmosferico, dell'esposizione al gas radon e alle sostanze chimiche, del rischio di incidentalità (stradale o domestica), dell'inquinamento da rumore e di quello elettromagnetico. Obiettivo strategico è continuare la sorveglianza epidemiologica e la bonifica dei siti di interesse nazionale e regionale.

Nella progettazione e costruzione di nuove strutture del SSR (ad esempio, Ospedali, Case di comunità, Strutture residenziali, ecc.), oltre all'adozione di soluzioni tecnologiche innovative, anche finalizzate alla sostenibilità ambientale ed energetica, alla sicurezza e alla salubrità.

Sicurezza alimentare e Acque potabili. Le malattie di origine alimentare sono un crescente problema di salute pubblica in tutto il mondo. Ciò attribuisce maggiore responsabilità alle imprese alimentari e alle Autorità Competenti, cioè le ATS che collaborano in particolare il Comando dei Carabinieri per la Tutela della Salute (NAS), che devono implementare sistemi efficaci per garantire la sicurezza dei prodotti alimentari e dei consumatori: le prime assicurando la qualità dei propri processi produttivi attraverso sistemi di autocontrollo specifici (HACCP acronimo di *Hazard Analysis Critical Control Point*, ovvero un sistema

I rischi per la salute associati al degrado dell'ambiente, ai cambiamenti climatici e la perdita di biodiversità e l'attivazione di forme di responsabilità condivisa rispetto ai nuovi paradigmi di prevenzione ispirati alla visione One Health

Le azioni tese a migliorare l'appropriatezza e l'efficacia dei controlli per garantire la sicurezza alimentare e la qualità delle acque potabili e ad aumentare la



di autocontrollo che deve effettuare un'analisi dei rischi legati all'igiene alimentare al fine di tutelare il consumatore finale) e le seconde mediante l'erogazione di servizi e prodotti (controlli ufficiali) appropriati.

L'azione di Regione Lombardia sarà improntata a migliorare l'appropriatezza e l'efficacia dei controlli per garantire la sicurezza alimentare e la qualità delle acque potabili e ad aumentare la consapevolezza degli operatori del settore alimentare e dei consumatori rispetto ai rischi correlati all'igiene degli alimenti. La tutela dell'acqua potabile è prioritaria per la tutela della salute anche alla luce delle sfide poste dai cambiamenti climatici.

Vaccinazioni. Gli obiettivi per l'offerta vaccinale partono dal potenziamento dei sistemi informativi di gestione del dato vaccinale in grado di supportare l'attività in modo flessibile rispetto ai diversi *setting* (Centri vaccinali, MMG/PLS, Farmacie, Consultori famigliari, Unità di Offerta Sociosanitarie (UDO-SS), Case di comunità, Ambulatori per categorie a rischio, Reparti ospedalieri, Pronto soccorso) e tenendo conto delle esigenze degli attori coinvolti, sia per la somministrazione, sia per la rendicontazione.

L'offerta vaccinale sarà mantenuta aggiornata rispetto ai nuovi vaccini disponibili, inclusi quelli innovativi sviluppati su nuove piattaforme (ad esempio la tecnologia a mRNA) che nei prossimi anni potrebbero riguardare vaccini terapeutici e preventivi di patologie non solo infettive. È di interesse la produzione locale di vaccini anche in raccordo con l'ambito della ricerca scientifica.

Al fine di potenziare l'assistenza sanitaria erogata ai cittadini, in relazione al prezioso contributo offerto dal farmacista di comunità nella vaccinazione contro il Covid-19 e l'influenza, si prevede, in seguito ad approvazione della normativa nazionale, il coinvolgimento dei farmacisti e delle farmacie nella somministrazione anche dei vaccini anti *Herpes Zoster*, anti Papilloma *Virus*, anti Pneumococco e antivirale sinciziale (RSV).

La prospettiva include il superamento dei limiti di utilizzo dei dati personali per attivare la chiamata attiva ai cittadini secondo i profili di cronicità e di fragilità, di creare un'offerta proattiva e integrata ai pazienti più fragili nonché permettere un accesso più rapido ai cittadini tramite piattaforme di prenotazione.

Per superare l'esitazione vaccinale nel periodo perinatale, particolare attenzione deve essere data al personale medico specialista e alle ostetriche nel percorso nascita per un investimento precoce nella salute del nascituro, anche in un *setting* privilegiato come il Consultorio familiare.

Sorveglianza malattie infettive. L'implementazione delle capacità di risposta e controllo alle malattie infettive si realizza con lo sviluppo:

- ❖ di un sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive (SMI) che include e analizza in modo integrato (*One Health*) dati sanitari, sociosanitari, ambientali, veterinari, *social media* e sistemi di sorveglianza epidemiologica;

consapevolezza degli operatori del settore alimentare e dei consumatori rispetto ai rischi correlati all'igiene degli alimenti

Il potenziamento dei sistemi informativi tesi a monitorare la copertura vaccinale e l'attenzione alla disponibilità di nuovo vaccini

L'implementazione di un moderno sistema di sorveglianza delle malattie infettive di supporto al controllo della loro diffusione e del loro impatto sul SSR



- ❖ di un sistema MICROBIO per la sorveglianza e prevenzione della antimicrobico-resistenza e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e integrazione con il sistema WHONET;
- ❖ di un sistema di sorveglianza sindromica sviluppato con modelli previsionali avanzati che analizzano in tempo reale traccianti in grado di anticipare i segnali di allerta epidemiologica;
- ❖ di analisi laboratoristiche di sorveglianza delle malattie infettive;
- ❖ di percorsi sistematici di simulazione ed esercitazione;
- ❖ di un continuo aggiornamento del Piano Pandemico e verifica continua dei piani di risposta locale;
- ❖ della rete di sorveglianza delle acque reflue per l'analisi dei fenomeni di antimicrobico-resistenza, di circolazione dei *virus* e di consumo farmacologico e di droghe.

Attenzione particolare verrà posta alle zoonosi (Arbovirosi, Malattie da zecche), *virus* e batteri respiratori (SarsCoV2 e Influenza), Morbillo, Poliomielite, TBC, Scabbia e Infezioni Sessualmente Trasmissibili.

In accordo con l'articolo 11 bis della LR 33 del 2009 - modificata con LR n. 22/2021 - verrà attivato il "Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive" le cui attività saranno coordinate dall'UO Prevenzione e dall'UO Veterinaria della DG Welfare. Il Centro sarà finalizzato alla sorveglianza e alla prevenzione delle emergenze infettivologiche e avrà anche il compito di promuovere attività di ricerca clinica ed epidemiologica di concerto con organismi nazionali ed internazionali, coordinandone le attività a livello regionale.

3.3. Prevenzione secondaria

L'ottimizzazione dell'accessibilità del cittadino ai percorsi di *screening* raccomandati anche attraverso il coinvolgimento attivo dei professionisti del SSR (prevalentemente MMG e PLS) è obiettivo prioritario. Il coordinamento è svolto da tavoli di lavoro che coinvolgano istituzioni, professionisti, rappresentanti dei pazienti. Questo coordinamento prevedrà anche un'implementazione di prevenzione per le persone straniere, in particolare per le donne, con percorsi di *screening* predisposti in collaborazione con enti locali, ASST e ATS.

Le azioni tese all'ottimizzazione dell'accessibilità ai percorsi di screening raccomandati, e l'implementazione di nuovi programmi di screening

Screening Oncologici. Nel novembre 2022 il Consiglio dell'Unione europea ha aggiornato le Raccomandazioni sugli *screening* oncologici.³⁴ Regione Lombardia intende porsi come la regione italiana in prima linea nelle innovazioni preconizzate dalle Raccomandazioni.

Per lo *screening* mammografico la copertura dell'intera fascia 45-74 anni sarà completa nel 2024 e negli anni successivi saranno integrati percorsi personalizzati sul rischio individuale della donna, anche con l'introduzione di nuove tecnologie per la diagnosi precoce come la tomosintesi mammaria, la risonanza magnetica e l'intelligenza artificiale.



Gli *screening* colorettales e cervicali sono già in linea con le Raccomandazioni: la prospettiva principale sarà quella di incremento dell'aderenza della popolazione con il completamento delle piattaforme interattive e integrate di prenotazione/consultazione referti e l'introduzione di strategie individualizzate come l'autoprelievo.

Lo sviluppo di nuove linee di *screening* coinvolgerà le sedi tumorali di prostata e polmone, per le quali Regione Lombardia attiverà già nel 2024 progetti pilota di validazione dei protocolli di screening e di transizione dall'approccio spontaneo a quello di popolazione. In particolare, lo *screening* polmonare prevedrà la realizzazione di una rete di centri clinici di riferimento e l'integrazione con la gestione dei centri *screening* per garantire omogeneità e qualità al percorso lombardo.

Inoltre, nei pazienti prostatectomizzati per tumore alla prostata, sarà dedicata particolare attenzione alla fase post-acuzie, con una campagna di *screening* per la verifica dello stato di incontinenza e quindi la tempestiva, efficace ed efficiente presa in carico del paziente, nell'ambito della Rete regionale di centri per l'incontinenza urinaria.

Si prevede di realizzare un sistema informativo che garantisca la possibilità – in accordo con le indicazioni delle società scientifiche – di una offerta personalizzata sul singolo e di garantire:

- ❖ il rientro di pazienti operati di tumore e guariti da più anni al fine di reinserirli in percorsi di prevenzione anche dopo la dimissione dal centro clinico;
- ❖ la presa in carico dei pazienti caratterizzati da elevato rischio genetico.

Si intende inoltre avviare progettualità per la verifica e l'analisi dell'efficacia degli *screening* genomici al fine di: (i) prevedere l'impatto delle proposte di nuovi *screening* di cui sia documentata l'efficacia; (ii) garantire la capacità di verifica dell'appropriatezza degli screening avviati; (iii) attivare rapidamente i percorsi validati scientificamente che forniscono un reale vantaggio ai cittadini, e (iv) facilitare i percorsi di ricerca traslazionale utili alla Sanità Pubblica (cfr. sezione settima).

Altri Screening. Regione Lombardia intende ampliare la visione dello *screening* organizzato tipica della prevenzione secondaria oncologica alle altre linee di *screening* non oncologico: patologie cardiache, diabete e aneurisma dell'aorta addominale. L'avvio di queste linee di *screening* prevede per gli anni 2024-25 la messa a punto di linee di indirizzo regionali consensuali con i professionisti e le società scientifiche e l'attivazione di progetti di monitoraggio e valutazione (cfr. sezione settima).

Sono già attive in ambito infettivo *screening* per le infezioni sessualmente trasmissibili per le quali è già in essere la collaborazione con enti del Terzo Settore e si prevede l'attivazione di percorsi di *home testing*. Si conferma l'attività di *screening* delle infezioni da HCV con l'orientamento all'ampliamento della fascia di età d'offerta.

Campagne di *screening* saranno dedicate al diabete di tipo 1 e celiachia, in coerenza con quanto previsto dalla Legge 15 settembre 2023, n. 130

“Disposizioni concernenti la definizione di un programma diagnostico per l’individuazione del diabete di tipo 1 e della celiachia nella popolazione pediatrica”.

Analogamente, è già attivo lo *Screening* Neonatale Esteso, grazie alla Legge 167 del 2016.³⁵ Il *test* permette l’identificazione precoce di circa 40 patologie genetiche, metaboliche, e malattie rare di difficile diagnosi.

Screening neonatale. In attesa dell’entrata in vigore dell’aggiornamento dei LEA, si provvederà comunque ad identificare le immunodeficienze congenite severe, le malattie d’accumulo lisosomiale e le leucodistrofie da includere nello *screening* neonatale esteso, a proseguire lo *screening* regionale attuato della Atrofia Muscolare Spinale (SMA) e a valutare ulteriori estensioni in base alle sperimentazioni già in essere, quali quelle per l’adrenoleucodistrofia legata all’X.

Verrà assegnata al laboratorio di riferimento regionale per lo *screening* neonatale la quota del finanziamento stanziata annualmente dal Ministero della Salute, necessaria per l’esecuzione dei test, per l’adeguamento tecnologico delle strumentazioni e dei processi e per l’adeguamento del personale tecnico e dirigenziale alle necessità dello sviluppo del laboratorio.

Sistemi di sorveglianza e registri epidemiologici. Sarà garantita la raccolta sistematica di dati sanitari ed epidemiologici per registrare e caratterizzare i casi di rischio per la salute di una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante.

3.4. Cura

Migliorare l’accessibilità ai servizi e alle prestazioni. L’accessibilità del cittadino ai servizi rappresenta un fattore determinante per garantire la qualità complessiva del sistema, intesa come capacità di rispondere ai bisogni di salute alla luce dei rilevanti cambiamenti socioeconomici in atto (invecchiamento demografico, nuovi modelli familiari, flessibilità del lavoro, ecc.), oltre che l’aumento delle disuguaglianze sociali e territoriali (cfr. par. 5.2). Regione Lombardia è orientata a rendere il sistema sociosanitario sempre più vicino al cittadino, promuovendo le capacità dell’individuo e riducendo le condizioni di vulnerabilità in una logica che pone al centro la persona e la sua rete relazionale, anche attraverso programmi di orientamento e comunicazione al fine di sviluppare percorsi che informino il paziente sull’evoluzione dei servizi sanitari (in particolare per l’avvicinamento ai servizi delle Case di comunità, ai servizi di telemedicina e al numero 116117 quale servizio di continuità assistenziale). Garantire l’accessibilità alle prestazioni e l’equità nella fruizione dei LEA, evitando il rischio di un loro “razionamento implicito”, richiede capacità di lettura dei bisogni, semplificazione dei percorsi assistenziali, orientamento del cittadino nella rete dei servizi e adeguata contrattazione con gli erogatori

*Garantire
l’accessibilità alle
prestazioni e
l’equità nella
fruizione dei LEA*



pubblici e privati, in coerenza con lo specifico ruolo di ciascuno nella rete di offerta.

Al fine di assicurare una presa in carico sanitaria adeguata delle persone con disabilità grave e gravissima e non collaboranti, oltre a continuare ad assicurare corsie preferenziali per l'accesso ai servizi di Pronto Soccorso e alle cure specialistiche in ogni ASST, sarà attuata l'estensione a tutto il territorio regionale del progetto D.A.M.A. (*Disabled Advanced Medical Assistance*) e saranno previste attività formative specifiche per il personale sanitario e sociosanitario del Sistema sanitario regionale.

Considerando la persona nel complesso e nel suo contesto di vita come il focus dei servizi, verrà ulteriormente valorizzata la Medicina di prossimità quale prima porta d'accesso al SSR, in particolare, per i pazienti cronici, attraverso l'ampliamento dell'offerta di infrastrutture e servizi della sanità territoriale, come le Case e gli Ospedali di Comunità, le farmacie di comunità, le Centrali Operative Territoriali quale raccordo fra Case di comunità e reti territoriali, la rete di continuità assistenziale, i progetti di edilizia sanitaria. Verrà valorizzata la domiciliarità attraverso il potenziamento delle cure domiciliari e la revisione dei percorsi assistenziali anche con il supporto dei servizi di Telemedicina, favorendo un approccio di trattamento multidisciplinare integrato per garantire una risposta più adeguata alla specificità dei bisogni e dei livelli di complessità assistenziale (anziani, minori, fragili, cronici, comorbidità, cure palliative, ecc.). Una maggiore diffusione dei servizi di telemedicina sul territorio con adeguate tecnologie digitali (piattaforma unica, integrata e centralizzata) consentirà di aumentare l'opportunità di accesso alle prestazioni, semplificare i percorsi assistenziali, favorire la collaborazione tra i professionisti, contribuendo anche a migliorare la sostenibilità economica e ambientale dei servizi. Si reputa opportuno prevedere l'effettuazione da parte del farmacista, nei limiti delle proprie competenze professionali, dei servizi di telemedicina, tra i quali quelli di televisita, teleconsulto, teleconsulenza, teleassistenza, telemonitoraggio e telecontrollo medico, nel rispetto delle linee guida nazionali.

Regione Lombardia intende potenziare l'utilizzo degli strumenti di *e-health* includendo tecnologie efficaci e innovative, a garanzia di una maggiore opportunità erogativa dei LEA, ma anche innovando i modelli organizzativi dell'assistenza sociosanitaria. Verrà aumentato il valore informativo del Fascicolo Sanitario Elettronico con nuovi servizi digitali, che ne consentiranno un tempestivo aggiornamento e semplificheranno ulteriormente l'accessibilità del cittadino al SSR (tramite web, app, mail, ecc., quali ad esempio le app per la gestione personalizzata dei pazienti cronici).

Questi interventi, unitamente a quelli descritti in altre sezioni (es. abbattimento liste d'attesa), contribuiranno a migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro *caregiver*, con effetti anche sul livello di percezione e partecipazione alla propria condizione di salute/malattia e all'assistenza sociosanitaria proposta.

Migliorare il processo di presa in carico. Al fine di intervenire sulla insufficiente adesione al processo di presa in carico, verranno implementate una serie di azioni, alcune indirizzate ai medici, oltre che ai cittadini e al sistema.

Tra le azioni indirizzate ai medici e al personale sanitario assumono un carattere rilevante:

- ❖ l'adozione di meccanismi di incentivazione che consentano di facilitare e massimizzare la partecipazione dei MMG al percorso di Presa in Carico (PiC) così da incrementare la copertura territoriale di utenti assistiti e garantire omogeneità di cure e trattamento all'intera platea dei cronici e specifiche per i pazienti con malattie rare;
- ❖ la definizione e regolamentazione delle modalità di collaborazione ed interazione tra MMG e Specialista in fase di definizione e/o modifica del PAI, nonché per la gestione del paziente, così da garantire al paziente un'assistenza basata su un'ottica di integrazione multiprofessionale e multidisciplinare.

Tra le azioni rivolte ai cittadini si ricorda:

- ❖ la semplificazione delle pratiche amministrative per l'adesione al percorso di presa in carico;
- ❖ l'avvio di azioni tese a capillarizzare l'informazione e a superare il limitato livello di *empowerment*.

Tra le azioni rivolte al sistema si ricorda:

- ❖ la progettazione del processo e delle modalità di gestione delle attività indirizzate all'implementazione del PAI e al monitoraggio del grado di aderenza da parte dell'assistito qualora il MMG non afferisca a una Cooperativa;
- ❖ l'evoluzione del modello al fine di prevedere, attraverso un'integrazione dei sistemi informativi degli Enti - sia pubblici sia privati accreditati che privati autorizzati afferenti al Sistema Sanitario Regionale lombardo - la possibilità per l'utente di sfruttare i sistemi di sanità integrativa, qualora ne sia in possesso, senza dover rinunciare alla continuità assistenziale garantita dal percorso di PiC;
- ❖ il potenziamento e l'integrazione del sistema di monitoraggio ex-post del processo di presa in carico e del livello di adesione degli MMG e dei pazienti cronici;
- ❖ la definizione di un processo omogeneo sui servizi di telemedicina e le relative modalità di remunerazione per migliorarne l'integrazione all'interno del sistema;
- ❖ l'implementazione al sistema di monitoraggio dell'appropriatezza con criteri di valutazione dell'esito;
- ❖ il Percorso Diagnostico Terapeutico, Assistenziale Riabilitativo Personalizzato (PDTAP), in linea con quanto previsto dalla Legge 10 novembre 2021, n. 175 "Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani".

*Incentivare
l'adesione al
processo di presa in
carico*



Al fine di rafforzare e potenziare ancora di più l'assistenza territoriale sul territorio dei farmacisti e delle farmacie, si intende consentire al farmacista di svolgere la dispensazione, anche a domicilio dei pazienti, di dispositivi ed alimenti ai pazienti stomizzati, cateterizzati, nefropatici ovvero ad elevata fragilità.

Ridurre tempi e liste di attesa. Al fine di rendere compatibili i tempi di attesa con i bisogni dei cittadini e con la sostenibilità del sistema, verranno implementate una serie di azioni prevalentemente indirizzate al sistema. Per perseguire tale obiettivo Regione Lombardia intende potenziare il reclutamento di personale dipendente nelle strutture sanitarie e sperimentare l'effetto di meccanismi di incentivazione del personale sanitario tesi ad aumentare la ricettività ed attrattività degli Enti pubblici e la creazione di condizioni premianti volte alla fidelizzazione del medico specialista. Regione Lombardia darà piena applicazione alle disposizioni nazionali e regionali già approvate per disincentivare e ridurre il fenomeno del *no-show*, con lo scopo di contribuire all'abbattimento delle liste d'attesa. Inoltre, Regione Lombardia avvierà una campagna di comunicazione rivolta al personale sanitario - medico e amministrativo - e ai cittadini, con l'obiettivo di garantire il pieno diritto ad essere informati sui tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie ambulatoriali e di ricovero e sulle modalità previste nel caso in cui non ci fossero disponibilità entro i termini stabiliti, pagando il solo costo del *ticket* se dovuto, oltre che sugli obblighi di disdetta della prenotazione con almeno tre giorni lavorativi di anticipo, qualora non sia possibile presentarsi ad una visita o a un esame, per escludere l'applicazione delle relative sanzioni.

Ridurre i tempi di attesa

Regione Lombardia intende sviluppare sistemi di facilitazione all'accesso ai servizi per i *frequent user* attraverso l'automatizzazione del processo di ricetta e prenotazione, e adottando sistemi che prevedano la prenotazione delle prestazioni di controllo e *follow-up* di pazienti affetti da patologie complesse quali, ma non solo, quelle oncologiche.

In un'ottica di sistema, inoltre, Regione Lombardia intende impegnarsi nella progettazione e sviluppo di ulteriori flussi informativi, con l'integrazione dei diversi *software* del mondo sanitario, nonché nell'evoluzione ed integrazione di quelli attualmente in essere che, ad oggi, non consentono di monitorare dettagliatamente e tempestivamente il fenomeno.

Ottimizzare l'appropriatezza prescrittiva. Il miglioramento continuo dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dovrà accompagnare l'ottimizzazione dell'offerta dei servizi prevista nella programmazione regionale in risposta all'evoluzione dei bisogni assistenziali dei cittadini, all'interno di un sistema improntato sui principi di qualità, efficacia, sicurezza, equità e sostenibilità economica. L'appropriatezza clinica verrà perseguita sviluppando percorsi integrati di prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione che abbiano come finalità la garanzia di appropriate e omogenee modalità di erogazione dei LEA nonché tempestività dei processi di diagnosi e cura sul territorio regionale.

Ottimizzare l'appropriatezza prescrittiva



A tal fine verranno avviate le seguenti azioni:

- ❖ definizione di linee di indirizzo sull'appropriatezza prescrittiva e sull'accessibilità, finalizzate alla predisposizione di indicazioni cliniche utili alla prescrizione delle prestazioni a carico del SSR, incluso l'aggiornamento dei criteri clinici e prescrittivi per l'accesso appropriato e prioritario ad alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali, sul modello del "Manuale RAO" (Raggruppamenti di Attesa Omogenea) elaborato a livello nazionale;
- ❖ aggiornamento del sistema di indicatori (già disponibile su un cruscotto dedicato) che sappia conciliare l'approccio *evidence-based* (revisione sistematica della letteratura), le liste adottate in contesti diversi rispetto a quello lombardo, il parere di esperti regionali e la misurabilità attraverso i flussi disponibili. È previsto l'impiego di tecnologie avanzate di lettura del quesito diagnostico (algoritmi di *text mining*), al fine di individuare le principali criticità e realizzare interventi di verifica e formazione rivolti ai prescrittori;
- ❖ implementazione di un sistema di monitoraggio dell'appropriatezza che eventualmente indirizzi la scelta dei percorsi diagnostici e delle relative priorità;
- ❖ avvio di percorsi di *audit* clinico-organizzativi, nonché di interventi di qualificazione e formazione dei professionisti sanitari, che prendano spunto dal sistema di indicatori e di monitoraggio dell'appropriatezza;
- ❖ sviluppo di sistemi basati sulla intelligenza artificiale per la verifica della appropriatezza prescrittiva e del comportamento prescrittivo relazionato all'effettivo bisogno dei pazienti;
- ❖ valutazione dell'effetto sull'inappropriatezza di meccanismi di incentivazione vs. procedure sanzionatorie e la conseguente adozione di misure di contrasto del fenomeno dell'inappropriatezza, rilevato anche a seguito di attività di monitoraggio di comportamenti anomali nelle strutture erogatrici;
- ❖ promozione della capacità di lettura, conoscenza e condivisione degli indicatori ai vari livelli del SSR e di comprensibilità degli stessi per la popolazione. L'appropriatezza clinica e la "*health literacy*" sono, infatti, due concetti strettamente correlati che contribuiranno sempre più a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e il coinvolgimento dei pazienti nella gestione della propria salute;
- ❖ estensione delle analisi anche ai dati riguardanti la realtà di Laboratorio dove l'inappropriatezza prescrittiva e la medicina difensiva rivestono ricadute importanti sull'intero processo analitico.

Favorire l'accesso alle cure innovative. Le nuove tecnologie stanno rivoluzionando il settore della medicina consentendo diagnosi più accurate e precoci, trattamenti più efficaci e migliore gestione dei pazienti. Già attualmente nuovi farmaci approvati con procedura condizionata sono sottoposti a particolare attenzione post-registrativa per verificarne sicurezza, impatto clinico

*Favorire l'accesso
alle cure innovative*



e sostenibilità. Basti pensare ad alcuni farmaci (soprattutto, ma non solo) oncoematologici che agiscono con meccanismi innovativi approvati con procedura accelerata per consentirne un accesso precoce. In ambedue i casi, le evidenze generate dall'osservazione dei loro effetti nella pratica clinica completano le scarse o nulle conoscenze derivanti dalla sperimentazione clinica pre-registrativa.

Nel prossimo futuro questo processo non solo è destinato a consolidarsi (molto probabilmente sostituendo il convenzionale sviluppo pre-registrativo dei farmaci), ma dovrà anche adattarsi alle nuove tecnologie che cambieranno le prospettive diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali. Ad esempio, se con la terapia genica (CAR-T, acronimo di *Chimeric Antigen Receptor T cell*) le terapie avanzate sono già accessibili, nel prossimo futuro terapie e strumenti terapeutici innovativi come, ad esempio, le app mediche aiuteranno i pazienti a gestire la propria salute e gli operatori sanitari a facilitare e migliorare l'assistenza ai pazienti. La rilevanza della Telemedicina e il suo impatto sulla società e sulla salute sono riconosciuti a livello internazionale al punto che - già ora - la Telemedicina può considerarsi un prezioso strumento ampiamente utilizzato nella pratica corrente.³⁶

In questo contesto, il problema è governare il processo in atto rendendolo funzionale ad affrontare i bisogni di salute dei cittadini (ovvero verificando se sono in grado di colmare un bisogno non soddisfatto, o di offrire un Valore Terapeutico Aggiunto) o le criticità organizzative del sistema, dall'altra a modularne l'offerta con regole di accesso basate su criteri chiari, trasparenti e scientificamente rigorosi e sostenibili. Il sistema regionale lombardo caratterizzato da un consolidato patrimonio di dati sanitari e solide competenze per il loro trattamento funzionale alle politiche sanitarie, può avere un ruolo importante nella realizzazione di un modello di previsione, monitoraggio e valutazione delle nuove tecnologie nella pratica clinica (cfr. sezione settima), ovvero di transizione dal modello convenzionale di sviluppo del farmaco (di cui oltretutto la Lombardia ha già attualmente un ruolo importante visto che il 50% delle sperimentazioni cliniche italiane è condotto in Lombardia) a un modello basato sulle evidenze delle cure innovative generato dall'osservazione del mondo reale.

Ad oggi il sistema nazionale ha creato due fondi specifici. Tali risorse, integrate con strumenti innovativi che ne garantiscano la sostenibilità, metteranno la Lombardia nelle condizioni di gestire l'accessibilità a nuove cure in grado di migliorare la salute dei cittadini.

Potenziare le azioni tese a favorire la natalità e la tutela della salute riproduttiva. In accordo con la DGR XII/1141 del 16 ottobre 2023³⁷ e di concerto con gli Assessorati alla Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità, e all'Istruzione, Formazione e Lavoro, verrà avviato uno specifico programma di sviluppo regionale per favorire la natalità con interventi tesi a garantire:

- ❖ l'adeguato supporto alle donne in gravidanza, in un ambiente sociale e lavorativo libero da discriminazioni e ostacoli;

- ❖ l'adeguato sviluppo del percorso Bro e della gestione autonoma dell'ostetrica nel percorso nascita fisiologico, nonché lo sviluppo di sistemi di supporto e monitoraggio domiciliari;
- ❖ l'accesso ai centri per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA);
- ❖ l'adeguata assistenza durante la gravidanza e dopo il parto;
- ❖ le attività di promozione della salute e della fertilità nelle scuole secondarie di II grado;
- ❖ l'accesso ai programmi di consultazione specialistica ginecologica presso i consultori.

Nello specifico, il programma è declinato nelle aree dell'offerta (a) ostetrico ospedaliera, (b) ostetrico consultoriale, (c) di prestazioni di laboratorio – strumentali nel percorso nascita, (d) di procreazione medicalmente assistita e preservazione della fertilità, (e) della formazione per la tutela e prevenzione della salute riproduttiva - formazione e simulazione con i professionisti - educazione e informazione con i giovani.

Inoltre, a questi interventi, in attuazione della LR 23/99 “Politiche della famiglia”,³⁸ si aggiungono un sistema di interventi volto a:

- ❖ accompagnare e supportare la famiglia e i suoi componenti lungo tutte le transizioni del ciclo di vita;
- ❖ sperimentare modalità più flessibili ed evolutive di individuazione dei bisogni e delle priorità a cui rispondere;
- ❖ rafforzare e sviluppare l'offerta di servizi;
- ❖ promuovere alleanze territoriali per una maggiore sinergia tra le risorse, gli attori, le iniziative in favore della famiglia;
- ❖ consolidare la rete tempo dipendente materno neonatale in base all'Accordo Stato-Regioni del 2010, DGR XI/268 del 28 giugno 2018, DGR XI/239 dell'11 novembre /2019, DGR 2396 dell'11 novembre 2019 e tutti i provvedimenti regionali che disciplinano l'appropriato funzionamento a gestione autonoma dell'Ostetrica/o, la prescrivibilità nel percorso nascita fisiologico, la rendicontazione dei bilanci di salute ostetrico pre e post-natale.

Regione Lombardia intende potenziare la continuità assistenziale ostetrica anche attraverso l'offerta delle visite domiciliari ostetriche alle donne dopo il parto e l'implementazione del modello OMS “Pensare positivo” per la prevenzione e cura della depressione perinatale.

Infine, nel rispetto della definizione ufficiale di salute riproduttiva data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, saranno programmati interventi tesi a garantire informazioni chiare e accessibili in merito ai percorsi di interruzione volontaria di gravidanza, anche attraverso la pagina web di Regione Lombardia.

Rafforzare e migliorare le azioni rivolte ai pazienti affetti da malattie rare e alle loro famiglie. L'ambito delle malattie rare viene attenzionato da Regione Lombardia in tutte le fasi principali di intervento: prevenzione, diagnosi, percorsi assistenziali e di presa in carico, trattamenti e riabilitazione, come indicato dal Piano Nazionale Malattie Rare.

Attraverso il centro di coordinamento regionale per le Malattie Rare, la rete dei presidi, i centri di eccellenza facenti capo, a loro volta, alle ERN (*European Reference Networks for rare diseases*) e la collaborazione con le associazioni dei pazienti, vengono coordinate tutte le azioni necessarie per il miglioramento del percorso di cura olistico dei pazienti, grazie a una migliore accessibilità ai servizi e alle prestazioni di cura.

Particolare attenzione sarà dedicata alla consulenza genetica, ai test genetici, alla sensibilizzazione sulle patologie rare e i relativi fattori di rischio, alla riduzione dei tempi della diagnosi, al tema della transizione dall'età pediatrica all'età adulta e successivamente all'età geriatrica, all'accesso alle prestazioni di procreazione medicalmente assistita secondo le linee di indirizzo nazionali, all'integrazione tra centri della rete e servizi territoriali.

Con riferimento alla prevenzione, sarà potenziata una formazione specifica sulla formulazione del sospetto diagnostico indirizzata agli specialisti territoriali e alle professioni sanitarie e sociosanitarie, così da assicurare che la persona possa essere indirizzata il più tempestivamente possibile ai centri di riferimento della Rete Malattie Rare.

La Regione aggiorna costantemente l'organizzazione e i presidi della Rete regionale delle malattie rare, anche attraverso la revisione dei relativi criteri di identificazione, al fine di potenziare la presa in carico dei pazienti, la corretta definizione dei trattamenti e della riabilitazione utile per il miglioramento della qualità di vita delle persone con malattie rare.

A tal fine, nell'ambito dell'attuazione della riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, sarà prestata una specifica attenzione ai bisogni dei malati rari, anche tramite il potenziamento dell'ADI, sia per l'età pediatrica sia per l'età adulta, con personale appositamente formato in modo da dare continuità agli interventi, in raccordo con i centri di riferimento.

Inoltre, saranno promossi strumenti per assicurare la condivisione nel Fascicolo sanitario elettronico di ogni paziente con malattia rara, nonché con la centrale operativa di AREU, delle informazioni di base sulle caratteristiche dell'interessato e della sua patologia, nonché delle problematiche ad essa connesse necessarie a prevenire i rischi derivanti da una presa in carico inappropriata nel corso degli interventi di emergenza.

Regione Lombardia promuove le attività ricerca, formazione e informazione nel campo delle malattie rare e adotta strumenti di monitoraggio, valutazione e registrazione, quale il registro regionale malattie rare in stretta collaborazione con il Centro Operativo per l'utilizzo dei Dati sanitari e Sociosanitari (CODS) (cfr. sez. settima).

3.5. Riabilitazione

Riferimento sovranazionale. Il documento dell'OMS intitolato *Rehabilitation 2030 Initiative*,³⁹ definisce la riabilitazione «un insieme di interventi concepiti per ottimizzare il funzionamento e ridurre la disabilità» in persone affette da

Non c'è buona salute pubblica senza una buona



malattie acute o croniche, disordini, lesioni o traumi, ma anche da condizioni non patologiche che ne limitano il funzionamento, anche temporaneamente, come la gravidanza, l'invecchiamento fisiologico e lo *stress*. L'OMS sostiene che non c'è buona salute pubblica senza una buona riabilitazione, anche qualora gli altri elementi del sistema dovessero funzionare in modo ottimale.

Il quadro normativo nazionale. Il DM 5 agosto 2021 “Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera”,⁴⁰ è stato predisposto ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 2 luglio 2015,⁴¹ concernente l'individuazione di misure di razionalizzazione e di efficientamento della spesa del SSN. Nello specifico, l'intesa Stato-Regioni stabilisce “la necessità di adottare misure per la riduzione delle prestazioni inappropriate erogate in regime di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di ricovero di riabilitazione”. In attesa della sua entrata in vigore, prevista per l'anno 2025, il DM sopra citato prevede che nell'anno 2024 (i) si proceda con la sperimentazione della SDO-R (Scheda di Dimissione Ospedaliera Riabilitativa) tesa a caratterizzare i pazienti dimessi dalla degenza riabilitativa non solo con la diagnosi di malattia, ma anche con la descrizione funzionale e di quella di assorbimento di risorse; (ii) si avvii il processo di assestamento organizzativo e remunerativo della riabilitazione ospedaliera.

In analogia, l'Intesa Stato-Regioni del 19 aprile 2023,⁴² definisce i nuovi LEA e le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, che entreranno rispettivamente in vigore il 1° gennaio e il 1° aprile 2024. In particolare, le prestazioni della “medicina fisica e riabilitazione” sono state riviste e riclassificate, in riferimento alla classificazione ICF (*International Classification of Functioning*) dell'OMS.⁴³

Le linee di indirizzo regionali. Regione Lombardia si allinea con le direttive del DM 5 agosto 2021 e con l'Intesa sulle prestazioni specialistiche e protesiche, anche contribuendo alle pertinenti sperimentazioni. In particolare, vengono recepiti due indirizzi strategici.

Il primo, riferito al documento ministeriale “Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione”, parte integrante del DM 5 agosto 2021, stabilisce che le ATS predispongano un “Piano locale per l'Assistenza Riabilitativa” che definisca:

- ❖ i fabbisogni riabilitativi della popolazione di riferimento;
- ❖ la struttura della rete di offerta riabilitativa, comprendente tutti i livelli organizzativi ed assistenziali disponibili nelle strutture ospedaliere ed extraospedaliere, pubbliche e private accreditate, del territorio di competenza;
- ❖ i ruoli assegnati a diversi nodi della rete locale (e delle eventuali strutture esterne ove previste) in relazione alle diverse fasi e tipologie dei percorsi riabilitativi e delle diverse patologie disabilitanti, secondo percorsi

riabilitazione, anche qualora gli altri elementi del sistema dovessero funzionare in modo ottimale

Il ministero della salute, in accordo con l'intesa stato-regioni, offre gli indirizzi programmatici sia per i ricoveri di riabilitazione ospedaliera, che per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, ai quali Regione intende contribuire

Il ruolo delle ATS nella predisposizione del “Piano locale per l'Assistenza Riabilitativa” e dei Dipartimenti di Riabilitazione per assicurare nella funzione di garanzia della realizzazione di un adeguato percorso riabilitativo per tutte le persone che ne hanno bisogno, sono i due indirizzi strategici di Regione Lombardia.



diagnostico terapeutico riabilitativi (PDTAR) definiti e rispondenti alle linee guida e buone pratiche correnti;

- ❖ le modalità di comunicazione, collegamento, coordinamento ed integrazione fra le unità erogative, i percorsi di cura per le principali condizioni di interesse riabilitativo (PDTAR), con particolare riferimento ai sistemi di garanzia della continuità di cura fra acuzie e postacuzie e fra ospedale e territorio;
- ❖ i sistemi di verifica adottati a garanzia della continuità di percorso e di qualità/appropriatezza erogativa.

È necessario che le cure riabilitative erogate a tutti i livelli, sanitario e sociosanitario, vengano valorizzate e definite con criteri che definiscano l'appropriatezza e la garanzia di un Percorso Riabilitativo Unico (PRU), come descritto nel Piano di indirizzo delle attività di riabilitazione del Ministero della salute del 2011.⁴⁴

Il secondo, è riferito al Dipartimento di Riabilitazione, articolazione organizzativa prevista all'interno del Piano di Indirizzo della Riabilitazione del Ministero della Salute del 2011, che ne attribuisce la funzione di garanzia della realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo per tutte le persone che ne hanno bisogno, e che rappresenta lo snodo reale della *Clinical Governance*. Al Dipartimento di Riabilitazione devono essere forniti gli strumenti per raggiungere gli obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili. Devono inoltre essere attribuiti gli strumenti per gestire la sicurezza, la qualità, la politica di formazione del personale, l'*audit*, ecc. A tal fine, il Dipartimento di Riabilitazione si fa garante di una forte integrazione organizzativa con i presidi privati accreditati eventualmente presenti sul territorio secondo i principi di efficienza ed appropriatezza.

In questa fase di sperimentazione, attivazione e sviluppo del modello organizzativo-gestionale del Dipartimento di Riabilitazione, Regione Lombardia recepisce gli obiettivi prioritari del Dipartimento, che devono essere raggiunti con adeguate progettualità e risorse, ossia:

- ❖ costruire progetti di struttura, di processo/percorso riabilitativo ordinati per dimensione e per gravità del bisogno di salute al quale rispondono;
- ❖ costruire interfacce tra i vari attori del sistema della rete della riabilitazione;
- ❖ progettare e costruire i segmenti carenti del percorso;
- ❖ monitorare e salvaguardare i requisiti minimi di accreditamento (*risk management* per criticità di risorse di struttura, organizzative e di processo);
- ❖ condividere tra i vari attori del sistema dei servizi un codice etico per la tutela delle situazioni di maggior criticità e per un utilizzo equo delle risorse per il bene comune.



3.6. Emergenza Urgenza

Rileggere l'offerta e costruire un Sistema Integrato. Partendo dalla situazione attuale, si può affermare che il Sistema di Emergenza Urgenza è costituito dal Sistema di Emergenza preospedaliero (112/118) e dalle strutture di Emergenza-Urgenza (Pronto Soccorsi e Dipartimenti di Emergenza Urgenza della rete ospedaliera fortemente integrate tra loro. In Lombardia l'Agenzia Regionale di Emergenza Urgenza (AREU) garantisce il soccorso sanitario in ambito preospedaliero, la stabilizzazione primaria del paziente ed il suo trasporto protetto alla struttura idonea; i Pronto Soccorso e i Dipartimenti di Emergenza ospedalieri sono le strutture che garantiscono la stabilizzazione secondaria, l'inquadramento diagnostico strumentale e l'ospedalizzazione appropriata del paziente.

Si vuole razionalizzare la rete dei Pronto Soccorso valorizzando il ruolo della singola struttura all'interno di una rete ospedaliera qualificata.

Si intende continuare a promuovere una cultura condivisa tra medici dell'emergenza pre-ospedaliera e ospedaliera nella gestione dei pazienti critici, attivando un circolo virtuoso di interscambio di conoscenze e professionalità tra i due sistemi.

Migliorare l'appropriatezza degli accessi ai Pronto Soccorso. Il costante incremento degli accessi ai pronto soccorso richiede l'attuazione di un programma di potenziamento delle reti territoriali di cura in grado di intercettare o alle quali riferire tempestivamente gli assistiti che si rivolgono in modo inappropriato ai servizi ospedalieri. In particolare, si intende:

- ❖ realizzare una forte integrazione tra le Centrali di Emergenza Urgenza e le Centrali Operative Territoriali che dovranno governare sempre di più i flussi informativi con MMG/PLS e con tutti i servizi sanitari e sociosanitari territoriali anche attraverso l'ausilio della struttura informativa regionale, del numero unico per le richieste di assistenza e di prestazioni sanitarie non urgenti (116/117);
- ❖ assicurare il rapido riferimento degli assistiti che non richiedono l'ospedalizzazione, o che sono dimissibili, dalle strutture ospedaliere verso servizi sanitari territoriali anche attraverso il potenziamento dei *Team* di Risposta Rapida Domiciliare delle ATS/AREU;
- ❖ stimolare le amministrazioni locali e il Terzo Settore a prevedere delle politiche di *housing* sociale e prezzi convenzionati per il personale sanitario al fine di supportare le strutture ospedaliere, i Pronto Soccorso e le Guardie mediche delle aree altamente turistiche e montane, nei periodi di maggior afflusso;
- ❖ promuovere modelli organizzativi e innovativi.

Riordinare le reti di cura tempo-dipendenti. Il riordino della rete ospedaliera regionale si poggia sui criteri organizzativi che guidano le reti di emergenza e

La costruzione di un Sistema di Emergenza Urgenza Integrato è finalizzata a migliorare l'appropriatezza degli eccessi in PS. Sono previsti interventi sul riordino delle reti di cura tempo-dipendenti e sul percorso di ricovero. Più nello specifico, è prevista la riorganizzazione della Rete Trapiantologica regionale e interventi di organizzazione e gestione del sistema di risposta sanitaria per i Giochi Olimpici e Paraolimpici Invernali - Milano Cortina 2026.



urgenza; in particolare si intende rafforzare il ruolo centrale degli HUB per le patologie che richiedono interventi di elevata complessità (con ben precise afferenze) e, al contempo, confermare il fondamentale ruolo degli *spoke* che devono assicurare sia le prestazioni urgenti di minore complessità sia il completamento dei percorsi di cura in prossimità territoriale con la residenza dei pazienti. L'attività deve essere ripartita tra le diverse tipologie di struttura nel rispetto delle evidenze scientifiche e anche mediante la realizzazione di piattaforme regionali che consentano la condivisione di informazioni in termini di teleradiologia e teleconsulto.

Ridurre il fenomeno del *boarding* lavorando sul percorso di ricovero e dimissione protetta dei pazienti. Ridurre il fenomeno del *boarding* significa lavorare su tutto il percorso di ricovero del paziente, sia pre sia post, che intra ospedaliero, con un focus particolare sui cosiddetti *bed blockers*, ovvero quei pazienti che hanno concluso il loro percorso di cura all'interno di una struttura ma che non possono essere dimessi per problematiche sanitarie o sociali che non ne permettono il ritorno al domicilio, da un lato, e non trovano risposta nell'offerta territoriale di assistenza e cura di minore intensità o riabilitativa. Questo fenomeno riduce la disponibilità di posti letto per il ricovero in urgenza. Pertanto, si vuole rileggere e rivedere tutta l'offerta post-acuta e riabilitativa in funzione dei mutati bisogni della popolazione e sviluppare un modello di *bed management* territoriale

Realizzare l'*Hub* dell'Emergenza di Gallarate. La drammatica lezione del Covid-19 e l'assoluta impreparazione di tutto il sistema nazionale e internazionale ad affrontare e gestire la più grande emergenza sanitaria dai tempi dell'influenza spagnola, hanno indotto Regione Lombardia a dotarsi di un centro polifunzionale per la gestione delle emergenze sanitarie regionali, nazionali e internazionali. A tal fine è stata acquisita, a titolo gratuito, dall'Agenzia del Demanio l'ampio complesso dell'ex deposito logistico dell'Aeronautica Militare di Gallarate che verrà opportunamente ristrutturato e fungerà da polo per la formazione e l'addestramento di personale, centro logistico e laboratorio per la sperimentazione di nuove metodologie e tecnologie di approccio e gestione delle diverse emergenze, sia di carattere naturale, sia causate dall'uomo e che possono - a vario titolo - avere importanti conseguenze per la salute. Il centro rappresenterà l'hub di riferimento di pronta attivazione finalizzata ad aumentare in maniera tempestiva, programmata e progressiva, l'offerta di posti letto ad alta tecnologia di terapia intensiva e semi intensiva in caso di aumento anomalo della domanda a qualsiasi titolo dovesse porsi. In definitiva, un *hub* territoriale/regionale/nazionale che costituisca una risorsa a disposizione del Sistema Sanitario così come lo è stato, durante le fasi più difficili delle ondate pandemiche, la struttura di terapia intensiva e semintensiva allestita presso i padiglioni messi a disposizione dalla Fondazione Ente Fiera di Milano.

Riorganizzare la Rete Trapiantologica regionale. Si prevede di attuare un nuovo Programma Regionale Donazione Organi e Tessuti 2024-2026. Il

Programma è sviluppato dal Coordinamento Regionale Trapianti (CoRe), situato presso DG Welfare, da cui recepisce gli indirizzi di programmazione. Sarà condotto, per le funzioni delegate, di AREU, alla quale afferiscono il Coordinamento Regionale Trapianti di trasporto d'organi (CRTO), i Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (COP) e le Banche dei tessuti e degli organi.

I principali obiettivi del Programma sono:

- ❖ riorganizzare il Coordinamento Regionale trasporto d'organi e dei Coordinamenti Ospedalieri di *Procurement* in modo funzionale a supportare tutti i centri di donazione, anche del sistema privato accreditato;
- ❖ revisionare le modalità di finanziamento del sistema di *procurement*, con rendicontazione e pagamento del personale coinvolto nei processi di donazione;
- ❖ riorganizzare le Banche dei Tessuti con la creazione di una unica Banca Regionale dei Tessuti per Cute, Cardiovascolare, TMS ed insule pancreatiche; unificare le due banche regionali delle cornee; organizzare le equipe di prelievo dei tessuti;
- ❖ realizzare una banca degli organi per la perfusione del rene e condurre un programma regionale di perfusione degli organi per trapianto;
- ❖ inserire all'interno delle cartelle cliniche dei pazienti l'indicazione se il soggetto trattato ha dato o meno il consenso alla donazione degli organi e prevedere un alert che ne segnali l'eventuale assenso;
- ❖ organizzare in modo omogeneo in tutte le ASST e IRCCS, tramite l'adeguamento organizzativo dei Coordinamenti Locali Ospedalieri di *Procurement*, la donazione di organi e tessuti al fine di cogliere compiutamente le opportunità della donazione degli organi.

Organizzare e gestire il sistema di risposta sanitaria per i Giochi Olimpici e Paraolimpici Invernali - Milano Cortina 2026. I Giochi 2026 attireranno nel territorio regionale milioni di spettatori e l'efficienza dei servizi sanitari ospedalieri e di emergenza e urgenza sarà fondamentale per assicurare una buona riuscita dell'evento. È necessario predisporre e condurre un programma sanitario adeguato ad assicurare la risposta sanitaria, che preveda anche unità mobili di diagnostica, al grande evento nei luoghi dei giochi e nei villaggi olimpici, riorganizzare e potenziare la rete di offerta ospedaliera specialistica, assicurando la necessaria sinergia con le diverse articolazioni territoriali del Sistema Sociosanitario della Lombardia.

3.7. Veterinaria

La Veterinaria Pubblica regionale opera a tutela della Salute Pubblica in senso olistico tramite attività che si articolano sui seguenti macro-ambiti:

- ❖ Sanità animale;

Le azioni inquadrare nella Veterinaria Pubblica regionale riguardano la sanità animale, la



- ❖ Sicurezza degli alimenti di origine animale e supporto alle filiere agroalimentari per le attività di *export*;
- ❖ Benessere animale e farmaci veterinari;
- ❖ Prevenzione del randagismo e tutela degli animali da compagnia.

sicurezza degli alimenti di origine animale e il supporto alle filiere alimentari per le attività di export, il benessere animale e i farmaci veterinari, la prevenzione del randagismo e tutela degli animali da compagnia.

Su tali ambiti, tra loro strettamente correlati, viene strutturato il Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria (PRISPV) - a valenza quinquennale - che definisce le politiche regionali e le linee di programmazione in materia di Veterinaria Pubblica. La redazione del PRISPV prevede il coinvolgimento dei Dipartimenti Veterinari delle ATS, dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna (IZSLER), del Sistema Universitario Regionale e dei portatori di interesse, sia sanitari sia economici. Il PRISPV si colloca, infatti, nella cornice concettuale del *New Public Governance*, approccio che definisce la necessità di partire dalle esigenze del territorio per impostare le politiche di programmazione e di intervento. L'efficienza e l'efficacia degli interventi si consolidano tramite collaborazioni integrate tra diversi Assessorati regionali e tra Regioni confinanti. Ciò consente di affrontare in modo strategico e sinergico anche situazioni emergenziali.

I principali strumenti di sviluppo e di innovazione sono:

- ❖ lo sviluppo di un unico coordinamento regionale in grado di garantire una direzione unitaria dei Dipartimenti veterinari territoriali;
- ❖ l'interoperabilità e l'aggiornamento dei sistemi informativi veterinari per conseguire sia la progressiva dematerializzazione delle attività in capo alle Autorità Competenti, sia una modulazione delle stesse e delle risorse basata sul principio della graduazione del rischio applicata ai processi decisionali;
- ❖ gli approfondimenti delle conoscenze scientifiche ed epidemiologiche su problematiche emergenti tramite specifiche collaborazioni con IZSLER e con gli Atenei;
- ❖ le attività di formazione/informazione dirette al personale delle Autorità Competenti locali finalizzate ad un'uniforme ed efficace applicazione dei recenti aggiornamenti normativi in tema di sanità animale, farmaco veterinario e controlli ufficiali.

Sanità animale. Dopo aver gestito negli anni passati, in modo più che soddisfacente, l'emergenza provocata dall'influenza aviaria, grazie all'abile gestione delle politiche di sanità pubblica veterinaria, Regione Lombardia si confronta oggi con la più complessa e subdola emergenza veterinaria rappresentata dalla peste suina africana. Nonostante le più accurate e tempestive azioni di controllo e sorveglianza attuate nei mesi passati alle prime notizie di infezioni in regioni confinanti, sono stati di recente riscontrati casi di positività in alcuni allevamenti di suini ai margini del territorio regionale. Grazie alla stretta collaborazione con il Commissario di Governo responsabile dell'emergenza a livello nazionale - al momento - le azioni messe in atto hanno consentito alla Lombardia di ridurre al minimo le conseguenze sanitarie ed economiche di tali emergenze. Il controllo sanitario degli allevamenti è un



macro-obiettivo fondato su attività di sorveglianza, monitoraggio e prevenzione/controllo delle malattie infettive veterinarie, incluse quelle emergenti e d'interesse zoonosico. Per il perseguimento di questo obiettivo sempre maggiore sarà il coinvolgimento dei veterinari libero-professionisti, degli operatori e delle associazioni di settore, tramite una puntuale attività di formazione e informazione sugli aggiornamenti normativi unionali, nazionali e regionali. Relativamente alle malattie trasmissibili all'uomo e alle malattie emergenti favorite dai progressivi mutamenti delle condizioni ambientali, si integreranno o definiranno specifici piani di monitoraggio e intervento con le competenti Unità Organizzative regionali, in collaborazione con IZSLER e con altri Enti del Sistema regionale.

Sicurezza degli alimenti di origine animale e supporto all'export. Il mantenimento delle condizioni d'igiene e sicurezza degli alimenti e delle produzioni di origine animale lungo tutte le filiere di competenza veterinaria rappresenta un macro-obiettivo di tutela della salute e degli interessi dei consumatori stabiliti dalla normativa nazionale e comunitaria. Rappresenta inoltre un requisito fondamentale per consentire l'*export* dei prodotti alimentari lombardi che rappresenta un settore economico strategico. Per tali finalità si definiranno nuove strategie di graduazione del rischio per la programmazione dei controlli sugli operatori e si definiranno puntuali attività di formazione per il personale delle Autorità Competenti locali in collaborazione con IZSLER e Polis-Lombardia. L'interoperabilità tra banche dati favorirà inoltre la semplificazione degli oneri in capo agli operatori economici e alle Autorità Competenti.

Benessere animale e farmaci veterinari. L'accresciuta sensibilità dell'opinione pubblica nei riguardi delle condizioni di vita degli animali in allevamento e gli orientamenti normativi unionali in materia, pongono il benessere animale tra i macro-obiettivi della veterinaria pubblica regionale. In tal senso, verranno messe in atto in collaborazione con i Dipartimenti Veterinari delle ATS, IZSLER e Università degli Studi di Milano specifici interventi in grado di intercettare e affrontare precocemente l'insorgenza di condizioni di allevamento sfavorevoli che potrebbero evolvere in una limitazione del benessere degli animali.

L'uso corretto del farmaco veterinario e il contrasto al fenomeno dell'antimicrobico resistenza (AMR) è garanzia sia di benessere animale sia di tutela della salute pubblica. Il recente obbligo nazionale di impiego della Ricetta Elettronica Veterinaria (REV) consente di monitorare costantemente la distribuzione e l'utilizzo del farmaco veterinario nelle aziende zootecniche e nelle strutture sanitarie veterinarie. Sulla base di queste informazioni verranno predisposti interventi regionali per la definizione di strategie finalizzate a rilevare e a ridurre il fenomeno dell'AMR, in collaborazione con IZSLER e con le altre Unità Organizzative regionali competenti.

Prevenzione del randagismo e tutela degli animali da compagnia. In Lombardia il fenomeno del randagismo come propriamente inteso non è più presente, grazie all'attuazione di specifici piani regionali a valenza triennale in tema di tutela degli animali d'affezione predisposti con il coinvolgimento tecnico della Consulta regionale per la tutela degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo. Tali piani verranno ridefiniti prevedendo interventi che riguarderanno il controllo demografico, le strutture di ricovero pubbliche, l'identificazione e la registrazione degli animali d'affezione nell'anagrafe del Sistema Informativo Nazionale degli Animali da Compagnia (SINAC). È in crescita l'ingresso in Lombardia a fini d'adozione di cani e gatti provenienti da strutture di ricovero di altre regioni o dall'estero. Si tratta spesso di animali con scarsa socializzazione, prelevati direttamente dal territorio che si adattano con difficoltà alla vita domestica e che spesso - per tale ragione - entrano poco dopo l'adozione nelle strutture di ricovero regionali saturandone la disponibilità. Con la collaborazione della Consulta saranno dunque previsti specifici interventi di educazione sanitaria e zoofila orientati a favorire un'adozione consapevole per una corretta, sicura e soddisfacente relazione uomo-animale.



Sezione quarta – Gli interventi socio-sanitari

4.1. Inquadramento

La rivoluzione clinica e antropologica che ha investito i sistemi più evoluti segna il passaggio dal curare al prendersi cura e coniuga interventi sanitari a crescente specializzazione ed efficacia con un'assistenza a sempre maggiore grado di protezione. Una rivoluzione iniziata nel nostro Paese già alla fine del secolo scorso quando, accanto ai due sistemi di sicurezza sociale (sanitario e sociale) se ne è aggiunto un terzo, il sistema socio-sanitario. Il sistema sanitario è stato più volte normato e riformato nel corso del '900 ed è oggi un SSN che garantisce l'erogazione di prestazioni che rientrano nei LEA a tutti i cittadini, con regole uniformi in tutta la penisola⁴⁵. Il sistema socio-assistenziale, che non è mai stato oggetto di interventi governativi per tutto il XX secolo fino alla Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", è ancora oggi disomogeneo sia per servizi offerti, sia per categorie di cittadini di cui si prende cura per sostenerne il benessere⁴⁶. Il sistema socio-sanitario, infine, è una miscela dei due precedenti perché prende in carico i cittadini che hanno bisogni sia clinici sia assistenziali.

In Lombardia, una buona parte di questi cittadini è costituita da persone che hanno superato i 65 anni. Fra di esse si contano i 60.000 ospiti delle RSA che sono non autosufficienti (come prevede il DPR 14 gennaio 1997⁴⁷) multi-patologici, sempre più anziani e cognitivamente compromessi. Una più contenuta parte delle persone in carico al sistema socio-sanitario lombardo rappresenta il mondo della disabilità. Esso è costituito da una popolazione mediamente più giovane, poiché vi appartengono bambini, ragazzi, adulti ed anziani.

Ma ciò che differenzia intimamente la popolazione anziana da quella con disabilità non è l'aspettativa di vita ma la sua prospettiva in termini di famiglia, casa e lavoro. La famiglia, che per l'anziano è il luogo degli affetti da tenere il più vicino possibile, a volte può non agevolare il percorso di autonomia dei giovani con disabilità. Il lavoro può dare valore al futuro di una persona con disabilità, con nuove reti di relazione e conoscenza.

Le peculiari caratteristiche dell'offerta socio-sanitaria lombarda sono la rete capillare di strutture che la compone (666 RSA, 100 RSD e numerosi altri servizi territoriali, cfr. sezione prima, Par. 1.2 e Tabella allegata) e il suo sistema di accreditamento e controllo che ha ormai maturato un'esperienza ventennale. Questa rete può costituire una peculiare opportunità per il sistema

Le strutture, i servizi e gli interventi socio-sanitari si rivolgono ai cittadini portatori di bisogni clinici ed assistenziali, prevalentemente costituiti da anziani e persone con disabilità. La Lombardia dispone di una rete capillare di strutture socio-sanitarie e il sistema di accreditamento e controllo che ha ormai maturato un'esperienza ventennale.

ospedaliero lombardo, in quanto sostiene quella continuità assistenziale indispensabile per il passaggio dal curare al prendersi cura e per colmare la distanza fra il mondo sanitario e quello sociosanitario che la pandemia ha evidenziato. Va dato nuovo valore alle strutture sociosanitarie lombarde, riconoscendone la storia, la cultura, la complessità gestionale, il ruolo nell'affrontare le situazioni più severe della non autosufficienza. Si intende valutare la possibilità di introdurre strumenti finanziari per supportarne l'adeguamento strutturale e l'acquisizione di dotazioni tecnologiche innovative per migliorare l'allocazione delle risorse umane (cfr. sezione sesta, par. 6.2).

La rete d'offerta lombarda sopra descritta trova il suo completamento a livello territoriale con un sistema di offerta a carattere socioassistenziale costituito da 9256 strutture, a cui si aggiungono le iniziative sperimentali in risposta a specifiche esigenze locali promosse dai Comuni.

La rete delle 9.256 strutture è così costituita:

- 2.568 servizi di assistenza domiciliare rivolti ad anziani, disabili e minori;
- 621 strutture diurne e residenziali rivolte ai disabili;
- 328 strutture diurne e residenziali rivolte agli anziani;
- 3267 strutture diurne e residenziali rivolte ai minori;
- 2.472 servizi educativi per la prima infanzia.

Inoltre, il sistema territoriale delle unità di offerta si completa con una serie di interventi e misure che si attuano a supporto della famiglia e di tutti i suoi componenti, con particolare attenzione all'esigenza di preparare le *policy* e i servizi, per dare risposta ai nuovi bisogni sociali derivanti dall'invecchiamento demografico (*ageing society*), nonché con la valorizzazione della figura del *caregiver* familiare, inteso quale soggetto volontario che, nell'ottica di una sempre maggiore integrazione con i servizi sociali, sociosanitari e sanitari, contribuisce al benessere psico-fisico della persona assistita non autosufficiente, garantendo il mantenimento a domicilio, nonché la salvaguardia delle relazioni più significative.

Infine, nel quadro della programmazione regionale, acquisisce particolare attenzione la promozione dell'invecchiamento attivo, in un'ottica di protagonismo delle persone anziane nella costruzione del benessere personale e della comunità, nonché nel quadro di un patto di scambio tra anziani e giovani (patto transgenerazionale).

In merito ai minori accolti nelle strutture residenziali saranno promosse azioni per favorire l'affido familiare, in linea con il nostro ordinamento che promuove e tutela il diritto delle persone di minore età a essere accolte e educate prioritariamente nell'ambito della propria famiglia o, se necessario, in un altro nucleo familiare di appoggio o sostitutivo.

4.2. Il quadro normativo di riferimento

L'attuale quadro normativo deriva dalla LR 23/2015 ed è completato con la LR 22/2021, in coerenza con la programmazione espressa prima attraverso il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e poi dal DM 77/2022. Un ruolo centrale è attribuito alla presa in carico della persona fragile mediante:

- ❖ la medicina di iniziativa e lo sviluppo di metodologie predittive sullo stato di fragilità della popolazione per migliorare gli esiti intermedi di salute e per ridurre il carico assistenziale sul SSR;
- ❖ la prossimità e la continuità nei vari contesti di vita della persona, in primis al domicilio;
- ❖ l'integrazione e la personalizzazione degli interventi, attraverso la ricomposizione dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale alla persona e alla sua famiglia.

Al fine di favorire l'integrazione e la personalizzazione degli interventi rivolti alla famiglia in tutto il ciclo di vita vengono attuate politiche nel contesto normativo definito da:

- ❖ LR 6 dicembre 1999, n. 23 "Politiche regionali per la famiglia",⁴⁸
- ❖ LR 14 dicembre 2004, n. 34 "Politiche regionali per i minori",⁴⁹
- ❖ LR 12 marzo 2008, n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale",⁵⁰
- ❖ LR 24 giugno 2014, n. 18 "Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori",⁵¹
- ❖ LR 30 novembre 2022, n. 23 "Caregiver familiare",⁵²
- ❖ LR 6 dicembre 2022, n. 25 "Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità".⁵³

4.3. Gli indirizzi programmatori

Come descritto nella sezione prima di questo PSSR, il sistema sociosanitario territoriale lombardo può disporre: (i) di una rete di servizi per tutte le aree di fragilità che possono presentarsi nell'arco della vita di una persona, (ii) di tutti i diversi possibili ambienti di cura e assistenza (*setting*) e (iii) della preziosa presenza e operosità del Terzo Settore.

I cardini su cui sviluppare la politica programmatoria per sostenere il passaggio dal curare al prendersi cura sono qui di seguito riportati.

Transitional care. Fermo restando lo sviluppo della valutazione multidimensionale (bio-psico-sociale) per l'inizio del percorso di presa in carico, l'attenta guida all'evoluzione del bisogno clinico e assistenziale delle persone fragili è assicurata dalla *transitional care*. Questo approccio comporta l'accompagnamento nel tempo e nei passaggi da un *setting* ad un altro, alternando assistenza domiciliare, offerta territoriale diurna e ricoveri

brevi. Si prevede, infatti, l'utilizzo delle residenzialità anche per prese in carico temporanee, favorendo il ritorno al domicilio, attraverso processi di ammissione/dimissione orientati e protetti dai servizi territoriali (cure domiciliari, residenze sanitarie assistenziali, centri diurni integrati, centri diurni per disabili).

Accreditamento di filiera. Il PNRR richiama il concetto di “multiservizio”, che enfatizza la necessità di convergere verso un sistema di cure di lungo periodo. In quest'ottica si intende lavorare per definire perimetro e contenuti di un accreditamento di filiera che assicuri un approccio d'offerta variegata e di lungo termine. All'interno di una filiera *multisetting* i gestori potrebbero proporre anche innovativi supporti alle famiglie e valorizzare i contributi dei servizi socioassistenziali o di volontariato, per contrastare i fenomeni della solitudine sociale e della deprivazione relazionale.

Programmazione integrata. Per ottenere una vera presa in carico multidimensionale e di lungo termine occorre promuovere nuove e condivise modalità di intervento per una *transitional care* non solo sociosanitaria ma anche sociale. Occorre, infatti, armonizzare la programmazione dei Piani di Zona (PDZ) con i nuovi Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) (LLRR 33/2009⁵⁴ e 22/2021), anche attraverso la co-programmazione e co-progettazione col Terzo Settore (LR 33/2009 e D.lgs. 117/2017⁵⁵ e articolo 1, comma 4bis, Legge 77/2020). Questo è indispensabile per assicurare una regola che dia reale efficacia ai progetti individuali definiti dalle equipe di valutazione insieme agli enti gestori scelti dalla persona e dalla famiglia. Sarà valutata la disponibilità di risorse del bilancio regionale per sostenere l'avvio dei processi di co-programmazione dei PPT distrettuali: le ASST e le ATS devono attivarsi affinché nei distretti si sviluppi la capacità sia di individuare e valorizzare le risorse formali, informali e del Terzo Settore, sia di co-progettare con esse un *welfare* di prossimità. Con la condivisione di tutte le informazioni aumenterà il valore preventivo ed inclusivo del progetto individuale che le *Equipe* di Valutazione Multidimensionale (EVM) definiscono con la persona e la sua famiglia.

Dispositivi digitali per l'integrazione anche in ipotesi di crisi emergenziali. Il progressivo utilizzo della sanità digitale a servizio della *transitional care* consente:

- ❖ l'acquisizione in tempo reale dei dati sulla presa in carico. Essa potenzia la capacità reattiva del sistema alle emergenze poiché favorisce la condivisione delle informazioni e l'integrazione degli interventi delle *equipe* distrettuali, degli enti gestori delle filiere sociosanitarie e della medicina generale;
- ❖ l'avvio della telemedicina quale strumento di monitoraggio della fragilità e di potenziamento delle cure domiciliari in ottica sia preventiva da remoto che facilitatrice degli interventi multiprofessionali;

- ❖ Il potenziamento e l'ampliamento dei servizi terapeutici e assistenziali a domicilio da affidare anche agli erogatori privati, con particolare riferimento alle patologie invalidanti, le cui modalità siano compatibili con quelli erogati in struttura e che arrecano maggior beneficio al paziente e minor costo per il SSR, tra cui la dialisi al domicilio (emodialisi e peritonea assistita), le terapie infusionali, la diagnostica di laboratorio e strumentale (Ecografia e RX).

Semplificazione e omogeneizzazione dell'accesso all'assistenza territoriale. Una particolare attenzione verrà posta alle dimissioni/ammissioni protette. Verranno definiti protocolli territoriali omogenei per integrare tutta la rete (unità d'offerta sociosanitarie, servizi di assistenza farmaceutica, integrativa e protesica, equipe del distretto e MMG), al servizio delle famiglie e di tutti gli attori coinvolti.

Sviluppo delle reti clinico assistenziali estese ai servizi sociosanitari diurni e residenziali. L'intento è di avvicinare l'ospedale al territorio fornendo anche una consulenza specialistica a distanza fra sanitari.

Avvio del sistema di rilevazione dell'appropriatezza. In linea con quanto riportato nella sezione terza (cfr. par. 3.4 Appropriatezza prescrittiva) verrà implementato un sistema di monitoraggio dell'appropriatezza dei servizi erogati, superando la mera logica sanzionatoria, a sostegno della crescita omogenea della qualità della rete sociosanitaria.

4.4. Gli anziani

Si richiamano i principi programmatici della nuova sanità territoriale come espressi dalla LR 22/2021 in attuazione del PNRR dal DM 77/2022, dalla Legge 23 marzo 2023, n. 33⁵⁶ “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane” e dal D.lgs. 15 marzo 2024, n. 29 “Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33”. Per concorrere al loro pieno sviluppo entro il quadro delle risorse disponibili, si prevede quanto segue.

Programmazione. Nel percorso di attuazione della riforma del D.lgs. 502/92 in tema di accreditamento,⁵⁷ e nelle more dell'acquisizione dei flussi legati alla pressione della domanda espressa, si prevede che l'accredito delle nuove unità d'offerta sociosanitarie diurne e residenziali dell'area anziani sia ammesso per i territori di ASST che presentano un numero di posti accreditati ogni 10.000 anziani over 75 anni (per le RSA) o 65 anni (per i CDI) inferiore alla corrispondente media regionale. Si prevede, inoltre, la progressiva contrattualizzazione delle unità di offerta accreditate, compatibilmente con le risorse disponibili a bilancio e in relazione ai fabbisogni.

Si provvede, inoltre, sulla base delle indicazioni fornite dagli indici epidemiologici e dai flussi legati alla domanda, ad effettuare una ricognizione relativa al numero di posti letto/nuclei Alzheimer, nonché alla loro dislocazione territoriale, al fine di valutare l'implementazione di posti letto/nuclei Alzheimer, attivando ulteriori percorsi di accreditamento e successiva contrattualizzazione.

Potenziamento della risposta al domicilio fisico e *transitional care*.

Quando alla condizione di autosufficienza sopravviene una malattia o un evento traumatico, l'equilibrio fisico, psichico e sociale dell'anziano può rompersi. La sua famiglia si trova davanti a un radicale mutamento della quotidianità che richiede una presenza qualificata continua sia sanitaria sia assistenziale. Il modello attuale fa perno sulla componente residenziale, con poca attenzione ad interventi di prevenzione e di continuità assistenziale e adeguato *setting* di cura. Pur rimanendo indispensabile il ruolo attuale delle RSA, si prevede di aumentarne l'utilizzo anche per l'attivazione di una presa in carico temporanea e di un ritorno protetto al domicilio. Con la filiera dei servizi territoriali (Assistenza Domiciliare Integrata, RSA Aperta, Centri Diurni Integrati, Ospedali di Comunità - Cure Intermedie) si costruisce il mosaico della *transitional care* a sostegno di un numero di anni tendenzialmente crescente. La componente più fragile degli anni guadagnati dagli anziani lombardi necessita comunque della protezione totale che solo la degenza piena in una RSA può assicurare mediante quella cultura lombarda della prossimità e solidarietà a cui, compatibilmente con le risorse disponibili, si ritiene di dover dare nuova sostenibilità.

Flessibilità e rimodulazione della rete delle unità di offerta. La rete sociosanitaria si orienta verso una logica di flessibilità e *task shifting*, estendendo - ad esempio e in linea con quanto previsto dalla legge 33/2023 - i tempi di utilizzo dell'offerta diurna o integrandosi con gli Enti locali per i servizi di vita comunitaria e di coabitazione domiciliare (*cohousing*). Si procederà altresì al potenziamento della RSA aperta, anche introducendo ulteriori strumenti, quali l'intervento da remoto sperimentato in fase pandemica, nell'ottica di aumentare il supporto alle persone con disturbi cognitivi e ai loro *caregiver*. Nei percorsi formativi sarà promossa l'attenzione agli assetti psicologici e relazionali connessi all'attività di cura e sicurezza dei pazienti in RSA.

In relazione alla attuazione di nuove forme di assistenza per la popolazione anziana, come anche indicato dalla legge 33/2023, la Regione potrà sperimentare l'utilizzo del patrimonio immobiliare delle proprie per progetti di *cohousing* intergenerazionali.

Scala di valutazione multidimensionale omogenea. Se ne prevede la condivisione per tutti i *setting* e per una lettura comune e stratificata del bisogno clinico-funzionale e sociale, in attuazione della legge delega sulla non autosufficienza.

4.5. Le persone con disabilità

Si richiamano i principi programmatori della nuova sanità territoriale, come espressi dalla LR 22/2021, dal DM 77/2022 e dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità,⁵⁸ ratificata con la Legge n. 18 del 3 marzo 2009.⁵⁹ Per quest'area della disabilità (sensoriale, motoria, intellettiva, psichica), ci si atterrà inoltre all'evoluzione della Legge Delega sulla Disabilità,⁶⁰ in attuazione della Riforma 1.1 "Politiche attive del lavoro e formazione" prevista dalla Missione 5 "Inclusione e Coesione" Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore" del PNRR e all'attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni in ambito Sociale (LEPS).

Per concorrere al loro pieno sviluppo entro il quadro delle risorse disponibili, si prevede quanto segue.

Programmazione. Nel percorso di attuazione della riforma del D.lgs. 502/92 in tema di accreditamento, e nelle more dell'acquisizione dei flussi legati alla pressione della domanda espressa, si prevede che l'accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie diurne e residenziali dell'area disabilità sia ammesso nei territori di ASST che presentano un numero di posti accreditati ogni 10.000 persone 18-64 anni inferiore alla corrispondente media regionale.

Il Progetto di Vita e i progetti individuali. In coerenza con il quadro delineato dalla Legge 22 dicembre 2021, n. 227 "Delega al Governo in materia di disabilità", Regione Lombardia ha approvato la LR 25/2022 che costituisce un'importante innovazione della complessiva architettura del percorso di presa in carico delle persone con disabilità, mettendo al centro la realizzazione di un Progetto di Vita personalizzato, nella sua accezione più completa e inclusiva comprendendo anche un'attenzione all'educazione e integrazione emozionale della componente affettiva e sessuale. Tale norma anticipa in parte i dettami della Legge 227/2021 e del successivo decreto attuativo D.lgs. 62/2024. La LR 25/2022 prevede una importante funzione di raccordo tra persona, servizi e istituzioni istituendo i CTVI (Centri territoriali vita indipendente) che costituiscono uno strumento importante a sostegno proprio della personalizzazione dei progetti di vita e della partecipazione attiva della persona alla loro costruzione.

In particolare, il Progetto di Vita individuale è un metodo, prima che uno strumento, che pone le basi per progettare insieme alla persona con disabilità, alla famiglia, alle reti e al contesto sociale di vita. Partendo dai bisogni, aspettative, desideri personali e dalle capacità di autodeterminazione presenti e/o acquisibili, si individuano servizi, supporti e sostegni, formali e informali. Si deve offrire un ventaglio di opportunità per migliorare la qualità della vita, lo sviluppo delle potenzialità residue e la possibilità di partecipare alla vita sociale. L'approccio multidimensionale al Progetto di Vita, garantito dalla

«Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della salute» (ICF) e dal riferimento ai domini della Qualità della Vita, dà un nuovo senso e valore agli strumenti operativi tradizionali (Piano Assistenziale Individuale - PAI, Piano Educativo Individuale - PEI, e Piano Riabilitativo Individuale - PRI). Il Progetto di Vita (i) prevede un *case manager* che ne accompagna e coordina lo sviluppo insieme alla persona interessata e con i diversi attori coinvolti (ii) definisce un budget, ovvero l'insieme delle risorse economiche e strumentali, pubbliche (previdenziali, sociali, sanitarie, sociosanitarie ecc.) e private (personali, familiari, fondi ecc.) che sostengono le scelte e gli obiettivi prefissati.

Per dare concretezza a tutto questo è necessario garantire, oltre al rispetto dei ruoli (quello della Equipe di Valutazione Multidimensionale Integrata e quello di garanzia attribuito dalla norma al Comune di residenza della persona), la ricomposizione in un'unica unità di monitoraggio e valutazione territoriale tutti gli interventi riconducibili al Progetto, garantendo l'integrazione sociale e il benessere complessivo delle persone con disabilità anche attraverso la pratica sportiva.

Risposta alle emergenze comportamentali legate alla disabilità intellettiva. Negli ultimi anni appare in aumento la pressione legata a quadri clinici di anomalie comportamentali e a casi di comorbidità psichiatrica associata alla disabilità intellettiva.^{61 62} In queste persone possono manifestarsi condotte auto-etero-aggressive e sintomi psicotici che richiedono una risposta specifica e qualificata e una maggiore intensità assistenziale. Compatibilmente con le risorse disponibili si procederà, con la definizione di tale casistica e alla declinazione organizzativa di una risposta assistenziale di maggiore intensità rispetto agli attuali profili SIDI (scheda individuale disabile).

Flessibilità e rimodulazione della rete delle unità di offerta. La rete attuale necessita di un adeguamento alla nuova domanda sanitaria e all'aumento della speranza di vita. Si procederà alla revisione dell'area della residenzialità con particolare riferimento alle Comunità Sociosanitarie per Disabili (CSS). Inoltre, come previsto con DGR XII/850/2023,⁶³ si conferma l'orientamento della rete verso flessibilità e *task shifting*. Ad esempio, al fine di rendere più duttile lo sviluppo dei progetti personalizzati, si prevede il ricorso all'utilizzo *multisetting* delle RSD nell'ottica di servizio diurno e/o domiciliare (RSD Aperta). In questo ambito si lavorerà anche per introdurre la possibilità di gestire nella stessa struttura servizi di CDD e di CDI (assicurando la divisione degli spazi e delle politiche per gli ospiti) e per consentire la rimodulazione di RSA in RSD, in una logica a iso-risorse (con particolare riferimento nelle aree carenti di RSD).

Coerentemente con i principi sanciti dalla Legge 227/2021 e delle disposizioni della LR 25/2022, tale adeguamento dovrà essere realizzato con l'obiettivo primario di assicurare la libertà della persona con disabilità di

scegliere dove vivere, favorendone la deistituzionalizzazione, prevenendone l'istituzionalizzazione e garantendone, quindi, il diritto alla domiciliarità delle cure e dei sostegni socio-assistenziali, salvo il caso dell'impossibilità di assicurare l'intensità, in termini di appropriatezza, degli interventi o la qualità specialistica necessaria. Inoltre, particolare attenzione dovrà essere prestata alle specifiche esigenze delle persone con disabilità nella fase di invecchiamento, garantendo continuità di cura, assistenza e qualità di vita in base all'evolvere dei loro progetti di vita.

Parimenti la rete di offerta sociale per la disabilità dovrà vedere una ridefinizione dei criteri di accesso, dei requisiti e una rimodulazione delle modalità di funzionamento in coerenza con la progressiva introduzione del Progetto di Vita.

Definizione degli indicatori per la verifica della qualità del sistema. Per monitorare la qualità dei servizi erogati, si prevede un sistema di indicatori per verificare l'aderenza ai principi di (i) libertà (assenza di ogni inutile costrizione e limitazione della libertà personale); (ii) partecipazione (contrastare ogni forma di esclusione sociale e favorire il coinvolgimento scolastico, culturale, politico, religioso, ludico, sportivo, occupazionale); (iii) attività (facilitare lo svolgimento di azioni e compiti, sulla base della valutazione multidimensionale); (iv) salute (considerare la persona con disabilità malata come tutti gli altri pazienti, con lo stesso diritto alla cura e prevedere la possibilità di accesso prioritario e agevolato alle prestazioni sanitarie per evitare ansie e attese prolungate).

Caregiver familiari conviventi. Partendo dal riconoscimento del ruolo essenziale svolto dai *caregiver* familiari conviventi con le persone con disabilità e del carico di cura a cui sono sottoposti, in attuazione della LR 23/2022, saranno potenziate le azioni a loro supporto e gli interventi di sollievo finalizzati al conseguimento e al mantenimento del benessere e dell'equilibrio personale e familiare dei *caregiver* stessi.

In attuazione di tale specifica finalità, le risorse per l'implementazione delle predette azioni e interventi devono essere nettamente distinte e considerate autonome e non sostitutive rispetto a quelle destinate alle persone con disabilità, anche se erogate in relazione all'assistenza resa dai loro *caregiver* familiari conviventi.

Inoltre, si deve evitare qualsiasi sovrapposizione, in termini di alternatività o non cumulabilità, tra i supporti destinati alle persone con disabilità per l'assistenza resa da assistenti personali professionali e quelli erogati in relazione all'assistenza dei *caregiver* familiari conviventi, che saranno modulati in ragione dell'intensità di sostegno necessario alla persona con disabilità.

Tutti gli interventi devono essere erogati nel rispetto del principio della libera scelta dei servizi a cui accedere, purché professionalmente qualificati.

Devono, inoltre, essere previste iniziative di formazione per i *caregiver* familiari di persone con disabilità gravissima realizzate con risorse aggiuntive e distinte da quelle per il sostegno alla non autosufficienza.

4.6. Le cure palliative

Nella fase di evoluzione epidemiologica, sociale e familiare descritta nella parte prima di questo PSSR, lo sviluppo delle cure palliative assume un ruolo strategico nel consolidare quella continuità assistenziale che la fragilità impone. L'OMS stima in 560 adulti su 10⁵ (100.000) residenti la popolazione adulta che esprime bisogni di cure palliative.

Regione Lombardia ha da tempo posto, tra i suoi obiettivi qualificanti, lo sviluppo della Rete delle cure palliative prestando particolare attenzione all'accessibilità e alla qualità delle prestazioni erogate, pervenendo negli anni allo sviluppo di un modello organizzativo molto avanzato e in linea sia al grado di realizzazione delle Reti di CP definite dalla legge 38/2010, sia agli standard territoriali previsti dal recente DM 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale).

Seguendo il percorso delineato dal documento "Piano regionale di potenziamento della rete di cure palliative nel quadro della programmazione di cui alla DGR n. 7758/2022 e relativo stato di attuazione", recentemente approvato con DGR n. XII/1512 del 13 dicembre 2023, e le indicazioni della DGR n. XII/850 del 8 agosto 2023, in accordo con quanto previsto dalla legge 38/2010 che tutela il diritto del cittadino all'accesso delle cure palliative e dalla legge 33/2023 sulla non autosufficienza e dai relativi decreti attuativi, si prevede anche in quest'area di conferire una maggiore flessibilità al modello di cura, attraverso una presa in carico precoce e integrata con altre Unità d'Offerta, garantendo:

- ❖ l'accesso alla rete di cure palliative per tutti i soggetti che ne hanno necessità e con particolare riguardo ai pazienti non autosufficienti e affetti da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita;
- ❖ al fine di preservare il massimo benessere possibile e la miglior qualità di vita del paziente, l'erogazione di servizi specialistici di cure palliative in tutti i luoghi di cura, quali il domicilio, la struttura ospedaliera, l'ambulatorio e i servizi residenziali;
- ❖ all'interno dei luoghi di cura, in particolare nelle RSA, percorsi specifici di cure palliative per anziani non autosufficienti, cioè progetti diversificati che prendano in considerazione i diversi bisogni del soggetto, valutando un insieme di cure poliedriche soggettive che si evolvono in base al decorrere della vita del paziente;

- ❖ il diritto alla pianificazione condivisa delle cure (legge 22 dicembre 2017, n. 219⁶⁴) come esito di un processo di comunicazione e informazione tra il soggetto non autosufficiente e l'equipe di cura, mediante il quale la persona, anche tramite un suo fiduciario o chi lo rappresenta legalmente, esprime la propria autodeterminazione;
- ❖ lo sviluppo della rete delle cure palliative e terapia del dolore pediatriche attraverso l'identificazione del bisogno, delle modalità organizzative ed erogative che prevedano anche l'integrazione con le cure palliative domiciliari;
- ❖ lo sviluppo di un sistema di monitoraggio di qualità e appropriatezza per le due reti: rete di cure palliative per l'adulto e rete di cure palliative e terapia del dolore pediatriche.

4.7. La Rete di terapia del dolore

La recente classificazione *International classification of Disease (ICD-11) 2022*, introduce il riconoscimento della natura biopsicosociale del dolore cronico. Nella ICD-11 si segnala che alcune forme di dolore cronico hanno delle caratteristiche di malattie in sé e non solo come mero sintomo dell'impatto multidimensionale globale sulla qualità di vita delle persone. Numerosi studi stimano nel 22% della popolazione l'incidenza delle diverse forme di dolore cronico, dato che diventa il 50% oltre i 75 anni di età, con un elevato impatto sui costi complessivi assistenziali sia diretti a carico del sistema sanitario regionale sia indiretta a carico del cittadino, oltre alla perdita di capacità lavorativa. Dati regionali lombardi del 2013, pur se *proxy*, stimano ogni anno circa 79.000 le persone affette da dolore cronico con intensità di grado severo e di queste oltre 6.200 con malattia dolore.

L'obiettivo della Terapia del dolore è quello di garantire interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare, alle forme morbose croniche, idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, fra loro variamente integrate allo scopo di elaborare un idoneo percorso terapeutico per il controllo del dolore.

Regione Lombardia ha da tempo posto, tra i suoi obiettivi qualificanti, lo sviluppo della Rete di terapia del dolore prestando particolare attenzione all'accessibilità e alla qualità delle prestazioni erogate identificando 4 centri specialistici di secondo livello di terapia del dolore (centri *hub*) e 25 centri specialistici di primo livello di terapia del dolore (centri *spoke*).

Seguendo il percorso avviato, in accordo con quanto previsto dalla legge 38/2010 che tutela il diritto del cittadino all'accesso della Terapia del dolore e dai relativi decreti attuativi e seguendo il percorso già indicato dal DPCM 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), dal DM 21 novembre 2018 (Aggiornamento dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere), dall'Accordo ai sensi della

legge 15 marzo 2010, n. 38, sul documento “Accreditamento delle reti di terapia del dolore” – Rep. Atti n.119/CSR del 27 luglio 2020, dal DM 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale) e dal decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 (Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33); si prevede anche in quest’area di consolidare la Rete di terapia del dolore attraverso un sistema dinamico che favorisca le sinergie tra i professionisti delle reti e lo sviluppo di uno specifico sistema di monitoraggio di qualità e appropriatezza di tutti i trattamenti diagnostici e terapeutici algologici rispetto ai bisogni emergenti multidimensionali dei pazienti affetti da dolore cronico sia primario che secondario, garantendo:

- ❖ l’istituzione del coordinamento regionale della Rete di terapia del dolore secondo la normativa di accreditamento della rete;
- ❖ il monitoraggio delle performance della rete TD anche attraverso il tracciamento specifico del codice n. 96;
- ❖ l’attuazione di programmi di informazione e promozione della Rete di terapia del dolore;
- ❖ l’attivazione di percorsi di prevenzione del dolore cronico in tutte le forme intercettando precocemente lo sviluppo di forme di amplificazione del dolore al fine ridurre la cronicizzazione e la conseguente disabilità e favorire un recupero funzionale e produttivo dei cittadini;
- ❖ l’implementazione di percorsi e strumenti di interazione con le altre reti cliniche rispetto ai bisogni multidimensionali di pazienti con dolore cronico per favorire un percorso di continuità assistenziale territoriale stratificando la complessità assistenziale rispetto anche alla fragilità sociale;
- ❖ lo sviluppo di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per alcune criticità epidemiologiche emergenti nei trattamenti delle diverse sindromi dolorose come la presa in carico dei pazienti con dolore cronico che manifestano forme di dipendenza per uso improprio di farmaci derivati oppioidi.

4.8. I consultori

L’attenzione viene focalizzata sulla crisi della natalità per rafforzare il ruolo dei consultori nel sostegno alla famiglia, alla maternità e alla genitorialità. Dovranno prevedersi anche percorsi integrati tra area ospedaliera, MMG, PLS e rete dei consultori territoriali per favorire l’accesso, l’integrazione delle prestazioni e l’efficacia dell’aiuto alla crescita delle famiglie, alla capacità educativa dei genitori, al sereno sviluppo delle relazioni procreative e familiari.



I Consultori, servizio sociosanitario territoriale fondamentale, attuando un approccio multidisciplinare e una presa in carico degli utenti a 360 gradi in tutte le fasi della vita, offrono interventi mirati di supporto nell'ambito della salute e del benessere psicologico di tutte e di tutti. I servizi consultoriali sono rivolti alle donne, alla coppia, alle famiglie, ai giovani e agli adolescenti, garantendo un prezioso sostegno che tiene insieme cura sanitaria e supporto psicosociale, sia nell'accompagnamento alla maternità consapevole e alla genitorialità, sia per l'educazione alla sessualità e all'affettività, sia per la prevenzione delle malattie oncologiche (screening HPV ad esempio), o sessualmente trasmissibili e forniscono interventi di supporto agli adolescenti e partecipano alle progettualità di prevenzione e contrasto al bullismo e al disagio minorile. In particolare, il Consultorio collabora con gli altri servizi dell'ASST, con i Servizi sociali dei Comuni e con gli Enti del Terzo Settore per promuovere la presa in carico e per intervenire precocemente nei confronti del disagio emotivo di preadolescenti e adolescenti e il sostegno alla funzione educativa di genitori e adulti.

I Consultori, inoltre, costituiscono un nodo delle Reti antiviolenza presenti sul territorio, in grado di accogliere il bisogno delle donne e dei loro figli, orientare la donna, e costruire con lei un programma di presa in carico personalizzato.

Costituiscono anche un nodo della filiera degli interventi attuati dai Centri per la Famiglia (48 in Regione Lombardia) che promuovono il ruolo sociale, educativo e il protagonismo della famiglia; la loro integrazione con i Consultori risulta strategica in quanto permette di offrire alle famiglie risposte sia sociali che sociosanitarie.

Regione Lombardia prevede il potenziamento della capillarità territoriale dei Consultori Familiari, con la finalità di raggiungere il rispetto dei parametri indicati dalla Decreto-Legge n. 509/1995 convertito con modificazioni dalla Legge 31 gennaio 1996, n. 34.

4.9. La salute mentale

La salute mentale, declinata nelle sue discipline (psichiatria, neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, dipendenze, psicologia clinica, disabilità psichica) va considerata come un ambito unitario (LR 15/2016⁶⁵). Fulcro del sistema è il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSM-D) che garantisce integrazione e trasversalità tra Ospedale e Territorio, servizi afferenti alle discipline sopra citate, ATS/ASST/Enti locali, Enti privati accreditati, Terzo e Quarto Settore.

Il rapido incremento delle malattie croniche e del disagio mentale, la mancanza di coesione sociale, le minacce ambientali e le incertezze finanziarie rendono il miglioramento della salute sempre più difficoltoso e minano la sostenibilità dei sistemi di salute e welfare:⁶⁶ in queste condizioni, il bisogno di salute mentale è sempre più evidente. Aumentano inoltre i casi

di “disagio psichico” in bambini, adolescenti giovani adulti, così come nelle persone fragili.⁶⁷ Le aree emergenti (disturbi del neurosviluppo, disturbi mentali nei giovani, comorbidità con disturbi da uso di sostanze) necessitano nuovi modelli di intervento ed è importante sviluppare trasversalmente percorsi di formazione fondati sulle evidenze scientifiche e sulla valutazione dell’esito dei trattamenti (cfr. sezione settima).

Al fine di ottenere un quadro puntuale dell’appropriatezza e della qualità dei servizi, saranno predisposte, attraverso la collaborazione con professionisti, associazioni ed enti del Terzo Settore, metodologie di valutazione della qualità e dell’efficacia delle cure; il processo di valutazione dovrà coinvolgere anche l’utente e i familiari.

Per favorire i processi di deistituzionalizzazione e l’inclusione sociale delle persone affette da gravi problemi di salute mentale, Regione Lombardia ha in essere diverse sperimentazioni e tipologie di risposta, come ad esempio il cosiddetto “budget di salute”.

La logica degli interventi in essere si basa sulla convinzione che mantenere nel contesto di vita la persona rappresenti una ulteriore risorsa che favorisce un percorso di evoluzione positiva. In questo senso, il modello del Progetto di Vita si può estendere, oltre che agli anziani non autosufficienti e ai portatori di grave disabilità, anche alle persone affette da problemi di salute mentale complessi. Così facendo, vengono coinvolte nella rete assistenziale anche altri attori, come ad esempio la famiglia, per la definizione di un Piano terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP).

Psichiatria. I servizi territoriali, centro nevralgico dell’assistenza psichiatrica, devono rimodulare la loro attività con l’integrazione e la responsabilizzazione delle diverse competenze professionali.

Va favorita una riorganizzazione degli interventi per intensità terapeutico-riabilitativa e assistenziale, con piena valorizzazione delle diverse competenze professionali, identificando servizi territoriali di primo e di secondo livello, capaci di contribuire a fornire risposte specifiche a condizioni cliniche particolari, quali i disturbi perinatali, della nutrizione e dell’alimentazione.

In ambito ospedaliero la gestione dell’emergenza psichiatrica nei Pronto soccorso necessita di spazi dedicati come nelle alterazioni comportamentali, ma che favoriscano l’integrazione dei trattamenti come negli stati di intossicazione.

Ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), che affrontano la crisi e inquadrano il caso clinico, deve essere offerto un maggiore turn-over anche mediante la creazione di percorsi per post-acuzie. Le *équipe* devono prevedere, oltre a psichiatra e infermiere, psicologo, educatore professionale sociosanitario, tecnico della riabilitazione psichiatrica e assistente sociale per garantire cure appropriate, miglior clima di reparto, riduzione degli agiti aggressivi e della contenzione anche, dove possibile, coinvolgendo la famiglia del paziente. È prioritario lo sviluppo sia di strutture residenziali



differenziate per diagnosi e fasi di intervento, sia di modelli alternativi di residenzialità assistita con compartecipazione della spesa. Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) mediante l'istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) rende prioritaria anche la piena attività del Punto Unico Regionale (PUR), l'implementazione delle *Equipe* Forensi Psichiatriche, il potenziamento delle attività di salute mentale nelle carceri.

Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza. Le Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (UONPIA) registrano un abbassamento dell'età di esordio e un aumento costante sia dell'utenza (raddoppiata negli ultimi 15 anni) che della complessità della patologia. Questo è stato ulteriormente amplificato dalla pandemia, particolarmente per le urgenze.⁶⁸ Si rende necessario il potenziamento dei servizi territoriali, inclusa la possibilità di interventi semiresidenziali e/o intensivi, ma anche un adeguamento dei posti- letto di degenza correttamente distribuiti sul territorio regionale. In tutte le ASST, soprattutto laddove non esistano posti-letto, occorre istituire equipe di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA). Esse devono costruire percorsi condivisi coi reparti di psichiatria, pediatria, Pronto Soccorso e le altre strutture coinvolte nell'acuzie, particolarmente per le situazioni di dipendenza da sostanze e di vulnerabilità sociale e/o da migrazione.

La *transitional care* nel passaggio alla maggiore età comporta l'integrazione delle équipe di psichiatria, dipendenze, disabilità e NPIA. I progetti innovativi vanno messi a sistema in un'ottica di *network* trasversali di cura, secondo il modello del Piano Operativo Autismo.⁶⁹ Le liste d'attesa vanno basate su criteri di priorità (*triage*) trasparenti e condivisi mediante un sistema informativo unico regionale.

Anche per i minori bisogna prevedere comunità per problemi di sostanze stupefacenti e comunità educative per ragazzi con provvedimenti della magistratura o in uscita dal percorso detentivo o avviati al percorso terapeutico.

Dipendenze. Il modello dei Servizi per le Dipendenze di 40 anni fa, quando le sostanze d'abuso erano molto diverse da quelle attuali, deve essere ripensato secondo la LR 23/2020,⁷⁰ con il contributo del Comitato di Coordinamento e del Tavolo Tecnico. Sono stati proposti al Comitato d'Indirizzo elementi innovativi per residenzialità, servizi ambulatoriali, équipe ospedaliere ed eventuali posti-letto dedicati. Regione Lombardia intende dedicare risorse specifiche allo sviluppo di progetti innovativi e sperimentazioni che coinvolgano le funzioni di tossicologia in una rete di assistenza completa delle dipendenze, con particolare attenzione alle età pre- e post- adolescenziali.

Necessario è infatti l'intervento precoce e soprattutto sui più giovani, in sinergia con la rete dei consultori e con i servizi di psicologia delle cure

Diagnosi precoce e interventi tempestivi consentono di accorciare il tempo di "malattia non trattata", di migliorare la prognosi, di aumentare il numero delle guarigioni.

Stigma e pregiudizio gravano ancora pesantemente sull'ambito delle dipendenze. Ciò contribuisce a ritardare l'arrivo delle persone con tali problematiche ai Servizi e a iniziare le cure anche dopo anni dall'esordio della patologia.



primarie, attraverso: la riduzione del tempo “senza cure”, la costruzione di luoghi idonei alla presa in carico multidisciplinare, l’innovazione dei Servizi Ambulatoriali, la possibilità di ricoverare in acuzie nei Pronto Soccorso, l’intervento sui giovani autori di reato anche detenuti, le comunità terapeutiche prontamente disponibili per i soggetti più giovani.

Indispensabile prevedere regole di accreditamento più flessibili che permettano azioni nei contesti dove i fenomeni avvengono. È inoltre necessario adeguare i laboratori di tossicologia (almeno uno per ATS) per permettere l’analisi routinaria delle nuove sostanze stupefacenti e implementare la telemedicina.

Al fine di garantire interventi adeguati e tempestivi, Regione Lombardia prevede strumenti organizzativi e di processo tali da assicurare la collaborazione e il coordinamento dei circuiti dedicati alle dipendenze con la rete dei consultori e dei servizi di psicologia delle cure primarie.

Psicologia. La complessità e l’estensione della domanda di psicologia, in linea con una società in continua trasformazione, chiede una risposta sempre più articolata entro le ASST. La Psicologia Clinica opera all’interno dell’area della salute mentale e del DSM-D nei contesti sia ospedalieri che territoriali. È necessario strutturare un’offerta psicologica integrata, in grado di coordinare coerentemente la filiera delle prestazioni che si estende dal primo al secondo livello di intervento. L’organizzazione delle attività psicologiche, ancora disomogenea sul territorio regionale, deve integrare la funzione psicologica prevista entro le Case di comunità come opportunità di crescita. È prioritario per le Strutture Complesse di Psicologia definire una maggiore omogeneità organizzativa a livello regionale, con riferimento ai flussi, alla valutazione degli interventi e all’implementazione di percorsi di raccordo tra primo e secondo livello di intervento.

Il servizio di psicologia delle cure primarie. L’aumento dei disturbi psichici, in particolare in alcune fasce d’età e di popolazione, è ampiamente segnalato da tempo in molti Paesi, così come l’insufficiente attenzione dedicata alla salute mentale e la conseguente incompleta risposta che utenti e famiglie ricevono dai servizi sanitari e sociosanitari. Inoltre, la pandemia e le misure messe in atto per contenerla hanno determinato cambiamenti sostanziali negli ambienti di vita, nelle *routine* quotidiane e nelle reti relazionali, e poca attenzione ai bisogni di salute mentale, con numerose segnalazioni di un crescente malessere emotivo e psicologico sia individuale sia all’interno dei nuclei familiari.⁷¹

Regione Lombardia vuole rispondere alle necessità emergenti sopra rilevate e investe nell’organizzazione di un Servizio di prossimità all’individuo e alle sue famiglie che possa fungere da strumento di rilevazione del bisogno e di rapido orientamento.

La LR 1/2024 istituisce il servizio di psicologia delle cure primarie; l’istituzione di questo servizio è finalizzata a garantire il supporto psicologico

tempestivo, diffuso e di prossimità, e la piena integrazione con l'azione dei Medici di medicina generale (MMG), dei Pediatri di libera scelta (PLS) e dei professionisti della salute mentale e della prevenzione.

Il particolare, lo psicologo delle cure primarie, erogando cure psicologiche di prossimità a integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari offerti in ambito distrettuale, si fa carico di intercettare tempestivamente iniziali segni di sofferenza psicologica, fornendo consulenza e supporto di natura psicologica alle persone e ai loro nuclei familiari e - ove ritenuto necessario - inviando ai servizi specialistici della salute mentale e delle dipendenze, ai consultori, ai servizi sociosanitari o per la disabilità, o per approfondimenti di secondo livello. Lo psicologo delle cure primarie, attraverso l'accesso libero e il punto unico di accesso (PUA) della casa di comunità, la centrale operativa territoriale (COT), oppure in accordo con i medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS), i medici specialisti ambulatoriali e i servizi sociali, opera nel distretto all'interno della rete territoriale e, in attuazione del decreto del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze 23 maggio 2022, n. 77, afferisce all'area di psicologia della ASST.

Sanità penitenziaria. Tra la popolazione penitenziaria è molto elevato il numero di utenti con problematiche di salute mentale, in generale, e più in particolare di dipendenze seguite dai Servizi per le Dipendenze patologiche (SerD) e dai Centri Psico-Sociali (CPS). Le disposizioni del DM 77/2022, potranno pertanto essere applicate anche agli istituti penitenziari per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale e terapeutica non solo durante la detenzione, ma anche al momento critico del periodo post-rilascio.

Sezione quinta – Gli attori, l’organizzazione, i processi, il personale

5.1. Inquadramento

Il processo di sviluppo strategico e organizzativo della sanità in Regione Lombardia, in conformità con la LR 22 del 2021, e le successive modifiche, rappresenta un impegno significativo e cruciale per garantire una gestione efficiente e di alta qualità del sistema sanitario regionale. Le norme regionali emanate negli scorsi anni forniscono il quadro normativo e direttivo per le politiche sanitarie regionali, il miglioramento della qualità dell’assistenza, la promozione del benessere della popolazione e l’efficace utilizzo delle risorse. L’integrazione tra i livelli istituzionali in sanità rappresenta un elemento cruciale per garantire un sistema sanitario efficiente, efficace ed equo. Questo processo include la collaborazione e il coordinamento tra le diverse istituzioni coinvolte nella fornitura dei servizi sanitari, dall’amministrazione centrale alle autorità regionali e locali, al fine di garantire una migliore assistenza sanitaria per la popolazione.

Un aspetto fondamentale dello sviluppo strategico è la definizione di obiettivi chiari e misurabili che guidano l’azione della Regione Lombardia nel settore sanitario. Questi obiettivi dovrebbero essere allineati con le direttive nazionali e internazionali per la salute pubblica, ma anche tener conto delle specificità e delle esigenze della popolazione lombarda. Gli obiettivi dovrebbero coprire molti ambiti, ma focalizzarsi soprattutto su quattro pilastri: (1) prevenzione delle malattie, (2) accessibilità ai servizi sanitari, (3) la qualità dell’assistenza “pre”, “extra”, “intra” e “post” ospedaliera, assicurando le cure al paziente in modo integrato in tutti i setting assistenziali e (4) la formazione degli operatori sanitari e la ricerca medica.

In particolare, al fine di raggiungere l’obiettivo di assicurare le cure ai pazienti in modo integrato, in tutti i *setting* assistenziali, è indispensabile promuovere l’adozione di modelli organizzativi innovativi che favoriscano la collaborazione tra la rete emergenza-urgenza extraospedaliera, gli ospedali, i servizi territoriali, medici specialisti e di famiglia che andranno a modificare l’attuale struttura e organizzazione delle reti dei servizi e di offerta.

In aggiunta ai benefici per gli assistiti, la collaborazione tra i livelli istituzionali e un’organizzazione delle cure basata su un approccio olistico e che tenga in considerazione l’appropriatezza di tutti i *setting* assistenziali, garantisce l’eliminazione di eventuali duplicazioni di servizi e la possibilità di condivisione

Vengono definiti gli obiettivi di sviluppo strategico e organizzativo del sistema socio sanitario in grado di coniugare i bisogni di salute e di supporti socioassistenziali dei cittadini, e la sostenibilità degli interventi.

delle risorse, contribuendo a ridurre sprechi e ottimizzare l'uso delle disponibilità finanziarie.

Lo sviluppo strategico non può prescindere da considerazioni relative alla sostenibilità economica e finanziaria del sistema sanitario. Ciò significa pianificare un uso efficiente delle risorse disponibili (risorse umane e materiali), garantendo allo stesso tempo investimenti adeguati al miglioramento delle infrastrutture sanitarie, l'adozione di nuove tecnologie mediche e, non meno importante, un adeguato numero di professionisti in grado di erogare le prestazioni necessarie.

Infine, sarà fondamentale per la continua identificazione delle esigenze e delle aspettative della comunità e lo sviluppo di politiche e programmi che rispondano a tali necessità, la consultazione e la collaborazione con tutte le parti coinvolte e, in particolare, istituzioni operatori sanitari, organizzazioni dei pazienti, Terzo Settore e altre associazioni locali.

5.2. Attori e organizzazione

Il sistema sanitario lombardo è complesso e coinvolge diversi attori e entità, ciascuno con ruoli e responsabilità specifiche. La collaborazione tra gli stessi e la complementarità dei ruoli è un elemento fondamentale per garantire l'erogazione di servizi sanitari efficienti e di alta qualità.

Funzioni, compiti e standard organizzativi attuali

Con la LR 23 dell'11 agosto 2015 e le successive modifiche (LR 22 del 14 dicembre 2021), la Regione Lombardia ha affidato le competenze in tema di prevenzione, di erogazione delle prestazioni e di controllo alle Agenzie di Tutela della Salute, alle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali con i relativi distretti, all'Agenzia Regionale di Emergenza e Urgenza e all'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo.

Le **Agenzie di Tutela della Salute** (ATS) sono articolazioni della Regione che si proiettano nei territori. Il ruolo e le funzioni delle ATS devono essere intesi in tre macroaree così definite:

- ❖ attuare nel proprio territorio la programmazione definita dalla Regione, programmazione alla quale ATS è chiamata a partecipare; rientrano in tale funzione (a) l'analisi dei bisogni, della domanda e dell'appropriatezza dell'offerta; (b) l'assicurazione dei LEA attraverso il concorso di tutti gli erogatori; (c) l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali di competenza delle autonomie locali;
- ❖ assicurare attraverso adeguata rete erogativa i LEA nell'area della prevenzione collettiva e di sanità pubblica; rientrano in tale funzione (a) la sorveglianza e il controllo delle malattie infettive, compreso il coordinamento delle campagne vaccinali; (b) la tutela della salute e della sicurezza negli ambienti aperti e confinati; (c) la sorveglianza, prevenzione e tutela della salute negli ambienti di lavoro; (d) la salute

È necessario definire funzioni, compiti, e standard organizzativi del complesso sistema sociosanitario, e di armonizzarne il funzionamento per rispondere in modo capillare ai bisogni dei cittadini



animale e l'igiene urbana veterinaria; (e) la sicurezza alimentare e la tutela della salute dei consumatori; (f) la sorveglianza e la prevenzione delle malattie croniche e della loro progressione, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di *screening*;

- ❖ assicurare nell'area dell'assistenza distrettuale le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi nel territorio, così articolati: (a) assistenza farmaceutica; (b) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale, anche attraverso la contrattualizzazione; (c) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale, anche attraverso la contrattualizzazione.

Altre attività previste dalla LR 22/2021, sono quelle di coordinamento per il territorio di competenza delle politiche di investimento in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale;

La medesima LR 22/2021 prevede la possibilità - da parte della DG Welfare - di avvalersi di unità operative a valenza regionale allocate presso le ATS e coordinate direttamente dalle unità organizzative di riferimento regionali; tali unità coordinano la specifica tematica sull'intero territorio regionale.

Si prevede un sistematico coinvolgimento delle ATS nella fase di programmazione, progettazione e monitoraggio del Piano Sociosanitario regionale (PSSR), finalizzato a ridurre le disomogeneità dei comportamenti sui diversi territori e contribuire alla messa a regime delle previsioni normative della LR 33/2009 e ss.mm.ii., con particolare enfasi sulla presa in carico delle cronicità (PIC) e problematiche per target (disagio giovanile e dipendenze, disturbi alimentari, anziani, natalità, ecc.).

Le **Aziende Sociosanitarie Territoriali** (ASST) partecipano insieme agli altri soggetti erogatori, sia di diritto pubblico che privato, all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona.

Le ASST si articolano attualmente in due settori aziendali, che rispondono direttamente alla Direzione Generale, ovvero il polo ospedaliero e la rete territoriale.

Il settore aziendale "polo ospedaliero" è prevalentemente dedicato al trattamento del paziente in fase acuta e si articola in presidi ospedalieri e/o in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura. È prevista la rivisitazione della rete di offerta ospedaliera con l'intento di concentrare le prestazioni di alta complessità medica, chirurgica ed organizzativa, quelle cioè che non richiedono la prossimità tra servizio erogatore e cittadino, ma la garanzia della migliore prestazione.

Al settore aziendale "polo territoriale" è attribuito il coordinamento dell'attività erogativa delle prestazioni territoriali, eroga, per il tramite dell'organizzazione distrettuale, prestazioni specialistiche, di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di media e bassa complessità, nonché le cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali. Di recente alle ASST è stata attribuita la gestione dei rapporti con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.



L'**Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU)** dirige e gestisce l'attività di Emergenza e Urgenza extraospedaliera (sia nelle situazioni ordinarie sia nelle grandi emergenze), favorendo una forte integrazione con le strutture di emergenza urgenza ospedaliere, coordina le attività trasfusionali regionali e organizza e gestisce l'attività di trasporto di organi, tessuti ed equipe di trapianto. L'**Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS)** promuove lo sviluppo e il consolidamento di un sistema di monitoraggio improntato al rafforzamento dei controlli in ambito sociosanitario, a garanzia dell'equità di accesso ai servizi e a tutela del rispetto dei principi di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità delle prestazioni e dei servizi erogati.

Evoluzione dell'assetto organizzativo regionale

A seguito dell'esperienza maturata e dei risultati raggiunti dal SSR - in questi ultimi anni - e al fine di migliorare ulteriormente il già elevato livello di efficienza raggiunto dallo stesso, si rende opportuno prevedere un aggiornamento dell'assetto organizzativo dell'intero Sistema in modo da:

- ❖ assicurare un forte indirizzo unitario e una vigorosa azione di potenziamento di alcune attività ritenute di fondamentale importanza per la crescita del sistema welfare regionale, quali ad esempio:
 - la Prevenzione;
 - la Medicina Veterinaria;
 - la Contrattazione e i controlli dell'attività in ambito Sanitario;
 - la Contrattazione e i controlli dell'attività in ambito Sociosanitario;
 - l'Emergenza Urgenza extraospedaliera.

Tali attività dovranno comunque essere assicurate nell'ambito di Dipartimenti provinciali, al fine di garantire un'efficiente capillarità di azione sull'intero territorio regionale;

- ❖ istituire, in coerenza con quanto già previsto dalla LR 22/21, Aziende Ospedaliere, dotate di tutte le discipline anche di alta specializzazione, in grado di erogare prestazioni di elevata complessità e con utilizzo di tecnologie innovative, in favore di bacini d'utenza sovra-provinciali e, spesso, sovra-regionali. Tali strutture, pur non gestendo direttamente strutture territoriali, nel rispetto di indicazioni regionali, dovranno assicurare a queste ultime prestazioni e, talvolta, specialisti, che assicurino un ottimale percorso di cura ai pazienti. In taluni ambiti potranno essere previste strutture ospedaliere mono-specialistiche;
- ❖ rafforzare il ruolo delle ASST confermando in capo ad esse la gestione diretta di Ospedali di I livello e di base. In taluni casi (ove previsto dalla programmazione regionale), tali Aziende potranno avvalersi del supporto di specialisti messi a disposizione dalle strutture ospedaliere di alta specializzazione, per l'esecuzione di prestazioni compatibili con l'organizzazione delle strutture ospedaliere di propria competenza. Oltre all'attività degli ospedali, alle ASST viene confermata la gestione



dell'attività sanitaria e sociosanitaria del territorio di proprio riferimento, da realizzarsi attraverso il deciso rafforzamento dell'attività distrettuale;

- ❖ consolidare il ruolo dei **Distretti sanitari**, che dovranno svolgere sempre di più un ruolo fondamentale nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari a livello locale in quanto a loro sono attribuite molteplici responsabilità e funzioni. In particolare, i distretti sono il principale punto di accesso ai servizi sanitari per la popolazione locale e assicurano che i pazienti ricevano cure continue e integrate, partecipando attivamente all'organizzazione e al coordinamento dei servizi sanitari e delle risorse nella loro area di competenza. Inoltre, i distretti sanitari implementano programmi di prevenzione e promozione della salute (tra gli altri, vaccinazioni, screening e campagne educative), e contribuiscono al monitoraggio dell'evoluzione delle esigenze sanitarie e all'identificazione di eventuali problematiche emergenti. I distretti sanitari si confrontano con le Istituzioni locali per rilevare i bisogni della popolazione del territorio, sia in situazioni ordinarie che straordinarie. L'emergenza pandemica ha mostrato l'esigenza di strutturare sistemi di risposta sanitaria dimensionati in modo tale da fronteggiare anche picchi improvvisi di richieste sanitarie in tutti gli ambiti, ospedalieri e territoriali. In questa ottica, si inserisce la realizzazione di nuove strutture e presidi sanitari quali le Case di Comunità, le Centrali operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità i cui modelli organizzativi sono stati anche in parte già definiti con DGR XII/850/2023;⁷²
- ❖ completare l'attivazione delle **Case di Comunità**, sedi visibili in cui vengono svolte le principali funzioni del Distretto. È il luogo dove la comunità con l'ausilio dei professionisti interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi da assicurare sul territorio. La struttura organizzativa della Casa di Comunità consente:
 - agli operatori che vi operano - MMG e PLS, Infermieri di Comunità, Specialisti e altri professionisti (Psicologi, Ostetriche, Fisioterapisti, Assistenti sociali, Operatori della prevenzione etc.) - di lavorare in *équipe* secondo il bisogno prevalente per offrire così risposte integrate ai cittadini;
 - di garantire un'assistenza medica per 12 ore al giorno, 6 giorni alla settimana, che negli *hub*, anche grazie all'integrazione della continuità assistenziale, si estende a 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana;
 - di erogare, in presenza o in telemedicina, prestazioni sanitarie ambulatoriali e *day service*;
 - di assicurare le cure ambulatoriali ai cittadini stranieri senza permesso di soggiorno, provvedendo al rilascio del codice STP (straniero temporaneamente presente) per i cittadini stranieri extracomunitari privi di permesso di soggiorno e del codice ENI (europei non iscritti) per i cittadini comunitari non in regola;



- ❖ strutturare pienamente le Centrali Operative Territoriali (COT) che sono il fulcro delle Casa di Comunità, con l'obiettivo di raccogliere e strutturare tutte le informazioni attinenti alla presa in carico e di condividerle con i diversi attori della rete. La COT è il cardine su cui il sistema si ricostituisce nella sua nuova identità sociosanitaria, garantendo una comunicazione tra i diversi ambiti di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Nella COT, il sistema informativo si arricchisce delle competenze multiprofessionali che partecipano alla presa in carico mettendo in rete, secondo il bisogno prevalente, i vari professionisti che operano all'interno della Casa di Comunità o che sono funzionalmente collegati ad essa.

Valorizzazione delle cure primarie

L'assistenza primaria viene erogata dai MMG, dai PLS e dai medici di continuità assistenziale. Essa articola il proprio intervento secondo i seguenti livelli prestazionali:

- ❖ l'assistenza sanitaria primaria;
- ❖ la gestione della presa in carico della persona fragile e cronica;
- ❖ l'integrazione degli interventi in ambito di integrazione sanitaria e sociosanitaria con quella sociale, che può prevedere il coinvolgimento degli Enti Locali mediante la partecipazione delle rispettive assistenti sociali.

L'assistenza sanitaria primaria si organizza nelle AFT di MMG e di PLS e nelle unità complesse di cure primarie (UCCP), identificando queste ultime nelle Case di Comunità. Le AFT, già istituite su tutto il territorio regionale, costituiscono il tessuto organizzativo nel quale i medici del ruolo unico di assistenza primaria operano. Esse sono coordinate da uno dei componenti medici che ne fanno parte, con attitudini manageriali e relazionali e adeguata conoscenza dei processi sanitari e sociosanitari. Il coordinatore garantisce il raccordo tra le AFT con gli altri attori del sistema territoriale per assicurare la continuità di presa in carico della persona nell'ambito del settore ospedaliero e del settore territoriale. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali.

Rivisitazione della filiera assistenziale

Al fine di favorire la progressiva riduzione del ricorso inappropriato alle cure ospedaliere e di fornire ulteriori risposte ai bisogni sanitari e/o sociosanitari dei cittadini non inquadrabili nell'ospedalizzazione per acuti e nelle cure domiciliari, in accordo con quanto previsto con la normativa vigente (DGR n. XI/2019 del 31.07.2019⁷³).

In quest'ambito, gli **Ospedali di Comunità**, sono settori di degenza che assistono i pazienti a bassa complessità clinico-assistenziale e che si pongono come cuscinetto tra la rete ospedaliera e la rete dei servizi domiciliari e di assistenza residenziale sociosanitaria. Sono moduli di degenza, di norma articolati in settori di 20 posti letto, a prevalente gestione infermieristica, articolati anche in diversi livelli di intensità di assistenza, con la diretta e



auspicata partecipazione di MMG (e, se rivolti a pazienti pediatrici, PLS) e tutti i professionisti sanitari potenzialmente coinvolti nel caso. Sono utilizzati sia per la presa in carico dei pazienti nelle fasi di post-ricovero ospedaliero che per tutti quei casi in cui esiste la necessità di una particolare assistenza non gestibile al domicilio del paziente ma il più vicino possibile allo stesso. I criteri clinici di accesso ed esclusione dei pazienti, le modalità di invio, di erogazione dell'assistenza con particolare riferimento all'approccio multidisciplinare, multiprofessionale e interprofessionale dovranno essere costantemente aggiornati e monitorati. Sono da intendersi pertinenti a quest'ambito sia le cure sub-acute sia quelle intermedie.

Le **cure sub-acute** nascevano da una riconversione di posti letto per acuti o di riabilitazione effettuata da Regione Lombardia - a partire dal 2011- per ridurre ricoveri inappropriati e rispondere ai bisogni di cura di pazienti anziani e/o cronici che, per la complessità della condizione clinica e/o perché bisognosi di una modalità di presa in carico in un contesto di ricovero protetto, non potevano essere assistiti a domicilio. La normativa regionale sulle cure sub-acute riguarda le loro caratteristiche strutturali e organizzative (DGR n. IX/937 dell'1.12.2010⁷⁴), i criteri di accesso (DGR n. IX/1479 del 30 marzo 2011⁷⁵), e le tariffe di rimborso (DGR X/1185 del 20.12.2013⁷⁶).

Le **cure intermedie** avevano lo scopo di accompagnare la traiettoria del paziente fragile attraverso l'offerta nella rete sociosanitaria di prestazioni che garantiscono continuità assistenziale a pazienti dimessi con evidente stato di fragilità e con bisogni assistenziali, clinici riabilitativi e sociali complessi che non potevano trovare risposta presso il domicilio del paziente. L'istituzione delle cure intermedie è prevista dalla DGR X/3383 del 10/4/2015⁷⁷.

In questa fase di attivazione e sviluppo del modello definito dal DM 77/2022 obiettivo regionale è quello della definizione dell'intera filiera intermedia tra strutture residenziali e territorio, che definisca e armonizzi caratteristiche, criteri di accesso e tariffari dell'intera filiera dei servizi sanitari (ospedali di comunità e cure sub-acute) e sociosanitarie (cure intermedie e post-acute).

Rivisitazione delle funzioni preventive

L'attuale quadro normato dalla LR 23/2015, introduce alcuni elementi di complessità delle funzioni preventive attribuendo alle ASST quella di erogazione vaccinale ma lasciando le restanti alle ATS, con l'istituzione dei "Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria" (DIPS) e l'attivazione nei DIPS dei servizi di "Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali." Con la Successiva LR 21/2022, sono introdotte alcune ulteriori modifiche, tra le quali l'istituzione nelle ASST dei "Dipartimenti Funzionali di Prevenzione".

Sulla base dell'esperienza maturata, considerato altresì che le attività di prevenzione attualmente frammentate necessitano di una visione unitaria e azioni tra loro integrate, l'obiettivo regionale è quello di operare nelle seguenti direzioni:



- ❖ definire una proposta di sviluppo della Prevenzione in Lombardia in una logica di unitarietà delle funzioni;
- ❖ semplificare ed evitare sovrastrutture, duplicazioni di servizi e attività;
- ❖ identificare i determinanti per una buona erogazione di prevenzione;
- ❖ coinvolgere attivamente altri professionisti operanti nella prevenzione (MMG, PLS, Infermieri di Comunità, Psicologi dei servizi delle cure primarie, Ostetriche, Assistenti Sanitari, Assistenti Sociali, Tecnici della prevenzione, Tecnico di laboratorio Biomedico (TSLB), Fisioterapisti e Dietisti ecc.);
- ❖ coinvolgere attivamente le articolazioni territoriali a partire dai Comuni, Associazioni, Forze Sociali, Terzo Settore, Scuole, Ispettorato del lavoro, Vigili del Fuoco, Ordini e Albi Professionali;
- ❖ favorire collaborazioni e integrazioni con altri operatori per concorrere attivamente alla definizione di interventi derivanti anche dal DM 77/22, quali - ad esempio - la stratificazione della popolazione, la sanità di iniziativa, i progetti di salute, l'individuazione di categorie a rischio e fragili, le azioni di supporto, la configurazione della casa di comunità, il rapporto e l'integrazione col sociosanitario e il sociale;
- ❖ monitorare l'erogazione delle azioni e valutarne i risultati anche riguardo il loro impatto, secondo i principi della Prevenzione Basata sulle Prove (*Evidence-Based-Prevention*);
- ❖ garantire una concreta integrazione tra le diverse articolazioni, strutturali e funzionali del SSR, includendo quelle che hanno come focus primario la prevenzione dell'insorgenza delle malattie e della progressione delle stesse verso quadri clinici severi e complessi, nonché le pertinenti funzioni epidemiologiche e biostatistiche in essa insite;
- ❖ favorire in ogni provincia l'azione del Comitato di coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro (articolo 7 D.lgs. 81/2008), promuovendone le funzioni dirette alla tutela dei lavoratori e alla promozione della qualità del lavoro.

Lotta alle disuguaglianze sociali e territoriali

Poiché l'equità di accesso alle cure è il cardine del nostro welfare sociosanitario basato sui principi dell'equità, solidarietà, sostenibilità e inclusione sociale, la lotta alle disuguaglianze è posta al centro degli obiettivi strategici del PSSR.

A tal fine, con lo scopo di:

- ❖ acquisire elementi sui determinanti delle disuguaglianze sociali e territoriali di accesso alle cure;
- ❖ identificare i segmenti della popolazione e le aree territoriali più disagiate,
- ❖ proporre le linee di azione più adeguate a ridurne l'azione;
- ❖ monitorarne l'applicazione e valutarne l'impatto;

verrà istituito l'**Osservatorio delle disuguaglianze sanitarie**.



Con la finalità di contrastare le diseguaglianze sociali e la povertà sanitaria, verranno promosse tutte le azioni necessarie al fine di:

- ❖ dare massima informazione delle attività e dei contatti degli Uffici di Pubblica Tutela in ogni ASST, allo scopo di tutelare i cittadini che accedendo ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie ritengano di avere subito torti, disservizi o danni;
- ❖ dare massima informazione delle attività e dei contatti del Difensore regionale, nonché delle modalità per richiederne l'intervento, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini lombardi dai casi di cattiva amministrazione, come iniquità, discriminazioni, mancanza di risposta, ritardi ingiustificati e carenza qualitativa dei servizi;
- ❖ garantire procedure accessibili, anche attraverso una pagina dedicata sul sito istituzionale di Regione Lombardia, ai cittadini lombardi affinché siano informati in modo chiaro su come richiedere la prestazione sanitaria entro i tempi indicati sulla prescrizione nel caso in cui non ci siano disponibilità presso la struttura di prima scelta.

5.3. Reti clinico assistenziali e organizzative

Regione Lombardia, ha avviato un' articolata riforma del servizio sociosanitario regionale espressa nell'evoluzione della LR 33/2009, tesa a rafforzare la stretta integrazione tra area ospedaliera e area territoriale.

Questo sviluppo è coerente con il solco programmatico tracciato dai DM 70/2015⁷⁸ e 77/2022, i cui obiettivi impongono di integrare la rete ospedaliera e la rete dei servizi territoriali, nell'ambito di un percorso di riqualificazione sostenibile dei servizi sanitari regionali, nella consapevolezza che il modello di cure centrato sulla persona, deve evolvere verso un sistema di welfare dinamico e capace di integrare la rete dell'emergenza-urgenza, la rete ospedaliera e la rete dei servizi territoriali in modo da realizzare un sistema sanitario, resiliente, equo e accessibile in tutti i suoi aspetti fondamentali e promuovere la copertura sanitaria universale, priorità data dalla Strategia globale UE in materia di salute 2022 - Una salute migliore per tutti in un mondo che cambia.

Pilastro cardine dell'organizzazione ospedaliera è rappresentato dalle reti clinico-organizzative e assistenziali. La LR 33/2009, indica che le reti sono lo strumento per assicurare appropriatezza, sicurezza, qualità, efficacia delle cure. Nell'organizzazione a rete vengono individuati, condivisi e definiti:

- ❖ i criteri per l'individuazione dei soggetti che partecipano alla rete e per definire il ruolo e le attività che ciascuno deve svolgere;
- ❖ la governance e le regole di funzionamento;
- ❖ i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e riabilitativi e il loro aggiornamento in base alle evidenze scientifiche, compresa l'eventuale integrazione di attività tra le varie strutture;
- ❖ i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura;
- ❖ il sistema di monitoraggio e di valutazione degli esiti di cura;

Le reti costituiscono un modello di integrazione dell'offerta che consente di coniugare esigenze di specializzazione delle strutture sociosanitarie, diffusione sul territorio di centri di eccellenza e di tecnologie ad elevato standard, sostenibilità economica e fabbisogni della collettività e dei professionisti



- ❖ i criteri di individuazione degli operatori e della loro qualificazione, crescita e integrazione professionale; inclusa la necessità che i professionisti possano seguire il loro assistito negli interventi/cure complesse in altre strutture;
- ❖ i percorsi che assicurano l'accesso all'innovazione tecnologica e la promozione della ricerca;
- ❖ le modalità di coinvolgimento delle persone e delle famiglie e delle associazioni di pazienti anche in tema di co-creazione degli interventi sociosanitari;
- ❖ i percorsi che assicurano ai pazienti la presa in carico secondo i principi della assistenza di prossimità.

Le reti rappresentano un modello organizzativo che permette di sviluppare la diffusione sul territorio di Centri di eccellenza, di innovazione e di tecnologie ad elevato *standard*, nonché di Centri complementari a minore complessità organizzativa indispensabili per il corretto funzionamento del sistema e per l'effettiva ed efficace qualità di un sistema sanitario integrato.

L'attenzione a fornire risposte di salute efficienti, efficaci e adeguate all'evoluzione scientifica, comporterà la necessità di ottimizzare l'allocatione territoriale degli interventi ad alta complessità clinica ed organizzativa, e/o elevato impatto assistenziale. Questo è un elemento chiave per consentire maggior efficacia ed efficienza dell'offerta assistenziale e favorire anche un equo accesso dei cittadini alla rete in un ecosistema salute, dove l'evoluzione tecnologica renderà necessario garantire servizi basati sempre più su un approccio di medicina di precisione e medicina personalizzata nell'affrontare il problema crescente delle malattie non trasmissibili e continuare la lotta alle malattie trasmissibili presenti ed emergenti.

L'approfondimento del dibattito e confronto con gli attori - a vario titolo - coinvolti nelle reti imporrà la necessità di delineare il passaggio da un modello di rete inteso principalmente come *network* clinico-scientifico, ad un modello in grado prioritariamente di attuare la programmazione regionale attraverso una innovazione organizzativa idonea a garantire maggiore omogeneità di accesso alle cure di qualità sul territorio e maggiore integrazione dell'offerta tra ospedale e servizi territoriali.

In tale ottica, si potrà procedere a una valutazione di riorganizzazione delle strutture ospedaliere, orientata alla definizione di un modello *Hub & Spoke* caratterizzato dalla presenza di grandi presidi ospedalieri in ogni provincia, dotati di tutte le specialità e una rete di strutture da definire in coerenza con i bisogni.

Questo cambio di paradigma, inoltre, si inserisce coerentemente nella cornice normativa della riforma del Sistema sociosanitario regionale che sposta il baricentro dell'azione di governo sanitario sugli interventi che favoriscono l'integrazione dell'offerta.

5.4. Valorizzazione del personale e delle professionalità

La crisi del personale sanitario causata principalmente da un crescente divario tra la disponibilità di operatori sanitari e l'aumento della domanda di servizi sanitari richiede politiche per rafforzare i sistemi sanitari nazionali rendendoli più resilienti alle crisi future e attrezzandoli per affrontare efficacemente le esigenze attuali e future della popolazione.

Si assiste, inoltre, ad una disaffezione delle nuove generazioni verso il mondo delle professioni sanitarie che fa registrare un decremento delle iscrizioni ai corsi di laurea per le professioni sanitarie, con la conseguente mancata copertura di tutti i posti messi a bando, oltre al fenomeno di migrazione di professionisti verso territori economicamente più attrattivi come la vicina Svizzera.

Questo deficit di professionisti da ricercare anche nell'attuale sistema caratterizzato da scelte di *management* talvolta tese al solo perseguimento delle *performance* nel breve periodo, richiede di implementare una valorizzazione ottimale dei professionisti delle aziende del sistema sanitario lombardo, riconoscendo maggiormente l'importanza del loro ruolo all'interno dei servizi, con una prospettiva di miglioramento nel tempo della qualità e delle *performance* degli operatori stessi, dando per acquisito l'eccellente livello di preparazione dei nostri professionisti. Occorre promuovere, altresì, processi finalizzati a un esercizio corretto ed efficace delle attività e all'integrazione delle categorie professionali, al fine della tutela della salute della persona.

Inevitabilmente le scelte programmatiche daranno priorità alle aree professionali più critiche, che per diversi fattori registrano carenza di attrattività per i professionisti. Il post Covid registra un incremento della domanda di prestazioni sanitarie e sociosanitarie differenziate sia per numero sia per tipologia (si pensi all'attenzione per l'area territoriale e domiciliare). Nello specifico le politiche del personale saranno focalizzate su una ridefinizione, su base metodologica, dei fabbisogni del personale sanitario e sociosanitario, realizzato con il supporto operativo dei dirigenti e dei direttori delle professioni sanitarie con un perfezionamento delle modalità di approvazione dei piani triennali dei fabbisogni di personale delle aziende/agenzie/IRCCS, anche con riferimento all'apporto di attività derivante dalle funzioni assistenziali del personale universitario.

È essenziale l'apporto innovativo delle "professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" (ai sensi della legge 251/2000), che sono la risposta ottimale ai bisogni di salute del cittadino in quanto garanti delle competenze distintive dei professionisti.

Al fine di fronteggiare il vuoto di programmazione degli scorsi anni si farà ricorso anche ai professionisti che ottengono il riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie conseguite all'estero come da intesa della Conferenza Stato-Regione ai sensi dell'articolo 15 del DL 30 marzo 2023, n. 34,⁷⁹ convertito dalla legge 26 maggio 2023, n. 56,⁸⁰ per gli stessi in sede di assunzione saranno previsti percorsi di inserimento, in modo da colmare eventuali carenze sulle conoscenze linguistiche, professionali e organizzative del SSR.

Occorre valorizzare i professionisti del sistema sanitario con una prospettiva di miglioramento nel tempo della qualità e delle performance



La carenza di personale sarà colmata solo nella misura in cui tutte le istituzioni faranno il possibile per rendere attrattiva la professione sia incrementando le retribuzioni (correlandole alle crescenti responsabilità attraverso l'incremento delle risorse a disposizione) sia ricercando standard di benessere organizzativo più alti dell'attuale, sia riconoscendo a pieno le competenze delle professioni sanitarie stante l'attenzione delle giovani generazioni alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Punto sfidante della nuova programmazione sarà l'ottimizzazione del reclutamento del personale tesa sia ad una migliore distribuzione dei professionisti nelle reti ospedaliere e sul territorio, sia ad una migliore assegnazione dei profili professionali specifici nei settori di competenza, sia sull'area clinica gestionale dirigenziale, sia alla tempestività di soddisfazione della richiesta anche in zone meno attrattive.

Compatibilmente con la vigente normativa nazionale e contrattuale, si favorirà lo sviluppo e la valorizzazione delle professionalità anche attraverso specifici percorsi di carriera. Saranno allocate risorse economiche alle ASST, ATS e IRCCS pubblici al fine di ristrutturare e riconvertire gli edifici del loro patrimonio disponibile da offrire quali alloggi a canone calmierato per il personale sanitario coerentemente con una politica attiva con la Svizzera per la concorrenza salariale tra Stati confinanti e l'area di Milano per l'elevato costo delle locazioni delle città. Si metteranno a punto procedure ed organizzazioni aggregate che consentiranno una piena risposta ai bisogni di salute del cittadino. Un aspetto qualificante per la valorizzazione delle professionalità, e del loro coinvolgimento nel miglioramento continuo della qualità delle cure erogate, sarà quello di avviare un processo di programmazione e incentivazione attraverso un modello *bottom-up*, un approccio strategico organizzativo in cui gli obiettivi generali sono ancora determinati dalla direzione strategica aziendale, ma ai dirigenti di secondo livello sarà chiesto di fornire gli *input* in termini di risorse necessarie per raggiungere gli obiettivi e di articolarli nei singoli settori di intervento, e sulla base di essi verranno valutati. Nel rispetto della normativa nazionale, nell'ambito della valorizzazione del personale del comparto, in sinergia con i Ministeri competenti, verranno individuati strumenti che prevedano una responsabilizzazione e una maggiore autonomia gestionale dei professionisti anche - all'interno dei Piani assistenziali individuali e delle Linee guida elaborate nelle reti clinico assistenziali - rispetto agli ambiti di loro competenza (per es. presidi minori e ausili), con la possibilità di gestione diretta dell'atto terapeutico/ assistenziale/ riabilitativo da parte del professionista sanitario che esegue la prestazione.”.

5.5. Rafforzamento della rete formativa

L'obiettivo di potenziare l'arruolamento del personale sanitario medico e le professioni sanitarie e sociosanitarie, anche supportando il potenziamento dell'offerta formativa, verrà perseguito su due fronti:

Occorre potenziare l'arruolamento del personale sanitario



- ❖ nell'ambito del competente Comitato di Indirizzo di cui all'articolo 30 della LR 33/2009 sarà rafforzata la programmazione al fine di monitorare e valutare i potenziali effetti dell'impatto dell'innovazione digitale tecnologica, oltre che della riorganizzazione gestionale definita dal DM 77/2022, in stretta sinergia con le Facoltà di Medicina delle università lombarde sia pubbliche sia private e nell'ambito dell'Osservatorio regionale che vede una compresenza sia di dirigenti medici eletti delle strutture sanitarie, sia dei docenti di Università, sia degli specializzandi. Il personale universitario medico e non medico, presente nelle nostre aziende, verrà ricompreso nel documento di programmazione dei Piani triennali dei fabbisogni. Questa continua integrazione nel sistema ha evidenziato la necessità di rivedere l'autonomia degli specializzandi e sta richiedendo un protocollo d'intesa per le professioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del D.lgs. 502/1992, per la formazione delle professioni sanitarie di cui alla legge 251/2000;⁸¹
- ❖ perfezionando il sistema di formazione dei MMG, anche in considerazione delle specializzazioni già conseguite dai medici in formazione per la medicina generale. Verrà valorizzato il ruolo degli specializzandi e dei MMG in formazione nei vari ambiti clinici e territoriali in relazione al progressivo inserimento nell'ambito lavorativo.

medico e non medico

5.6. Osservatorio del personale

La LR 33/2009, disegna una configurazione del SSR legata ai bisogni sanitari, sociosanitari e sociali ai quali deve dare risposta.

I soggetti componenti il SSR identificati dalla LR 33/2009 sono molteplici, sia per tipologia che per numerosità: vi è la componente pubblica costituita da ATS, ASST, IRCCS, la componente di erogatori privati di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, i MMG e i PLS, la rete psichiatrica e quella neuropsichiatrica, la rete della disabilità, la rete ospedaliera, l'insieme degli erogatori di prestazioni domiciliari, le RSA, la rete dei trasporti sanitari le farmacie e diverse altre componenti.

È un sistema nel suo complesso unitario, nel senso che l'efficacia del contributo di ciascuno e la qualità delle interazioni tra di essi determinano la qualità della risposta ai bisogni dei cittadini. Non esiste una vera soluzione di continuità tra i diversi comparti e le interdipendenze tra di essi sono strette. Al fine di valutare in chiave prospettica la capacità di risposta di ciascun segmento e considerata la rilevanza strategica delle risorse umane, è importante avere una rilevazione sistematica del personale del SSR nella sua unitarietà, nonché della sua dinamica in termini di flussi di ingresso e uscita e di mobilità tra i diversi segmenti.

Infatti, in tutti i comparti del SSR si registra un fabbisogno crescente di personale in funzione dell'invecchiamento della popolazione, della progressiva specializzazione della medicina e dell'ampliamento delle opportunità di

Occorre monitorare situazione e flussi del personale e identificare i fabbisogni formativi e di reclutamento



trattamento terapeutico-assistenziale; parimenti si registrano movimenti e oscillazioni di personale per i diversi profili professionali, nonché flussi di mobilità tra comparti del SSR: tra pubblico e privato; tra erogatori ospedalieri e territoriali; tra area sanitaria e sociosanitaria.

Una consapevolezza della dinamica complessiva e per segmento di offerta, nonché per profilo professionale e stratificazione di età consente di stimare i fabbisogni di formazione e di reclutamento di nuovo personale nonché identificare in via preventiva aree critiche e di potenziale carenza.

Si stabilisce pertanto di attivare un Osservatorio del personale che rilevi organico in essere e flussi di ingresso e uscita per le seguenti dimensioni:

- soggetto erogatore
- pubblico/privato
- segmento di offerta
- tipologia contrattuale (lavoro dipendente, interinale, libero professionale, altro)
- profilo professionale:
 - o specialità in ambito medico
 - o professione del ruolo sanitario
 - o professione sanitaria
 - o altri profili non sanitari
- profilo soggettivo: età, anzianità
- causali di uscita: trasferimento/dimissioni/pensionamento.

L'Osservatorio ha inoltre il compito di effettuare una mappatura del benessere organizzativo delle strutture sanitarie al fine di fornire indirizzi per implementare sistemi di welfare dedicati al personale sanitario.

Sezione sesta – Gli strumenti innovativi tra digitalizzazione e ricerca

6.1. Inquadramento

Regione Lombardia ha sviluppato e consolidato negli anni un Sistema Informativo Sociosanitario caratterizzato da un vasto ecosistema di tecnologie e piattaforme digitali di supporto alle politiche indirizzate al miglioramento continuo del SSR. Il contesto di profonda trasformazione e innovazione dato dall'evoluzione tecnologica e dal mutamento del fabbisogno di salute della popolazione impongono di adottare una risposta di sistema con cui, identificata una visione d'indirizzo comune, sia possibile garantire un percorso di trasformazione integrato, sinergico e orientato verso una sempre maggiore qualità del servizio per cittadini e operatori.

Il futuro della Sanità Digitale vedrà un notevole aumento nell'uso di tecnologie altamente innovative. Tra le più recenti tendenze dell'*Information and Communication Technologies* (ICT) si sottolineano importanti innovazioni nei servizi di Sanità Digitale a livello nazionale e internazionale. L'evoluzione tecnologica migliorerà l'efficacia e l'efficienza dei servizi e percorsi di cura, contribuendo a una sanità più moderna, integrata e di qualità per i pazienti.

Regione Lombardia, pertanto, avvierà le progettualità necessarie ad assicurare l'ammodernamento tecnologico e il ridisegno architettuale dei propri servizi di Sanità Digitale per non perdere l'opportunità di avvalersi delle nuove tecnologie al servizio del sistema.

La Regione non considera ICT un elemento di supporto al miglioramento dei processi interni, ma come uno strumento che consenta e faciliti l'accesso e il percorso del paziente, in ottica di utilizzatore di un servizio essenziale come quello sanitario; quindi, l'ICT si rivolge sia verso l'interno, sia verso l'esterno. La Regione intende continuare il proprio confronto con realtà nazionali e industriali e tecnologiche affinché siano sempre presenti le migliori e più avanzate soluzioni.

Nuove tecnologie e Sanità Digitale

6.2. Digitalizzazione

Regione Lombardia ha previsto importanti investimenti per l'innovazione digitale che consentono di accelerare la realizzazione di benefici per tutti gli attori del sistema. Sono stati identificati diversi ambiti strategici attraverso cui definire modalità innovative per offrire servizi sanitari garantendone la sostenibilità economica e gestionale. In particolare, è stata attribuita priorità di

Potenziamento dei servizi per il cittadino, per i professionisti e i servizi per il governo centralizzato



azione agli interventi di sanità digitale che abilitano la promozione di nuovi strumenti e nuove tecnologie per valorizzare i dati e le risorse esistenti.

Le principali iniziative progettuali previste per il prossimo triennio sono finalizzate a mettere a disposizione, o potenziare, i servizi al cittadino, i servizi per i professionisti e i servizi per la governance e si inseriscono in una cornice di direttive nazionali che prevedono il potenziamento dei percorsi di cura per il paziente dell'assistenza territoriale e la sua integrazione con la componente ospedaliera. A supporto dell'attuazione di tale progettualità, Regione Lombardia ha individuato un perimetro di interventi tecnologici riguardanti le evoluzioni delle architetture, la valorizzazione del patrimonio informativo regionale e la progettazione di servizi in ottica «*privacy e sicurezza by design*». Tali strumenti e tecnologie miglioreranno la qualità e l'esperienza dei servizi digitali da parte dei cittadini e degli operatori, abilitando la diffusione sul territorio di servizi digitali innovativi e di supporto al governo e alla programmazione delle iniziative regionali.

Gli obiettivi strategici che Regione Lombardia ha identificato per definire le linee di sviluppo generali e indirizzare i diversi progetti verso il disegno complessivo del futuro ecosistema di Sanità Digitale sono i seguenti:

Obiettivi strategici

- ❖ potenziamento dei servizi per gli operatori: identificare strumenti e tecnologie da rendere disponibili ai professionisti della salute al fine di migliorare il livello di qualità ed efficienza dei servizi sanitari;
- ❖ miglioramento del *Patient Journey*: semplificare l'accesso e migliorare l'esperienza d'uso dei cittadini durante l'intero percorso di cura al fine di garantire una sempre maggiore fruibilità e accessibilità dei servizi;
- ❖ innovazione tecnologica: introdurre nuove ed innovative architetture tecnologiche in grado di generare servizi a maggior valore aggiunto, potenziali sinergie tra le diverse professionalità e migliorare l'allocazione delle risorse umane;
- ❖ valorizzazione dei dati: ampliare e valorizzare il patrimonio informativo disponibile a livello regionale nonché la qualità e le possibilità di utilizzo delle informazioni abilitando la transizione verso un modello di Sanità Digitale *Data Driven*;
- ❖ evoluzione sostenibile: garantire la completa sostenibilità tecnologica, gestionale ed economica di servizi e tecnologie durante l'intero ciclo di vita e sviluppare un sistema di valutazione multidimensionale con cui misurarne l'impatto;
- ❖ *governance* regionale integrata: abilitare una *governance* regionale, centralizzata e integrata, tra servizi *business* ed architetture tecnologiche, coniugando servizi centrali e sistemi distribuiti nei contesti aziendali.



6.3. Tendenze innovative

Nel contesto di profonda trasformazione che sta caratterizzando gli anni in corso è possibile individuare alcune tendenze innovative in ambito di sanità digitale che maggiormente consentono di delineare un ecosistema di servizi efficace e all'avanguardia. Alcuni degli ambiti di maggiore interesse sono di seguito indicati.

L'architettura delle tecnologie si ispira alle tendenze innovative

- ❖ Centralizzazione soluzioni applicative valorizzando e armonizzando al contempo progetti territoriali: soluzioni applicative omogenee sul territorio in contrasto con la frammentazione tecnologica presente tra gli Enti Sanitari al fine di promuovere una sempre maggiore interoperabilità e valorizzazione dei dati clinici, sanitari e amministrativi prodotti sul territorio.
- ❖ Centrali Operative Territoriali: piattaforme tecnologiche di gestione della *transitional care* da mettere a disposizione degli operatori delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali al fine di garantire la continuità assistenziale nel percorso del paziente e ridurre la percentuale di nuovi ricoveri non necessari.
- ❖ *Patient Relationship Management*: nuove soluzioni digitali per la gestione delle relazioni con i cittadini che soddisfino le esigenze delle strutture sanitarie di adeguare i propri processi, servizi e strumenti per supportare un modello di presa in carico, di gestione e di cura del «nuovo» paziente di oggi, più informato, più tecnologico, maggiormente esigente e orientato a muoversi verso un nuovo insieme di strutture durante i suoi percorsi di cura.
- ❖ *Symptom Checker*: strumenti digitali di autodiagnosi in grado di fornire un supporto diretto in fase di valutazione da parte del paziente avvalendosi di strumenti di Intelligenza Artificiale per restituire delle indicazioni sulle possibili cause associate alla comparsa di specifici sintomi.
- ❖ *European Health Data Space*: servizi digitali sicuri e interoperabili per la condivisione da parte di tutti i paesi membri dell'UE dei dati sanitari e informazioni cliniche al fine migliorare la cooperazione e la condivisione di dati sanitari tra i vari attori del settore, portando ad una maggiore efficienza nella ricerca medica e nella pianificazione delle politiche sanitarie.
- ❖ *Health Technology Assessment (HTA)*: processo multidisciplinare che utilizza metodi espliciti per valutare il valore d'uso di una tecnologia sanitaria in diversi punti del suo ciclo di vita. Il processo è comparativo, trasparente e coinvolge le parti interessate. Lo scopo è quello di supportare il decisore nei processi decisionali. Il processo regionale di HTA indirizza e supporta le decisioni sulle tecnologie sanitarie, in termini allocativi, applicativi e valutativi; si applica a tecnologie

innovative, emergenti o in via di sviluppo che potrebbero avere un impatto sul SSR, ma anche a tecnologie che modificano o ampliano la loro destinazione d'uso. Il programma si avvale di un processo deliberativo basato sulle evidenze, che applica una analisi decisionale a criteri multipli (MCDA), sulla base del modello EUnetHTA riadattato al contesto lombardo. Le ricadute del programma HTA riguardano il miglioramento procedurale e sostanziale delle regole di sistema per l'indirizzo regionale della rete sanitaria e sociosanitaria, il supporto informativo agli acquisti (ARIA, Consorzi di acquisto, Aziende sanitarie), alla vigilanza e ai controlli, all'interno di un modello decisionale orientato all'appropriatezza specifica e alla sostenibilità economica.

- ❖ Sviluppo di soluzioni di AI e tecnologiche a supporto dei servizi della sanità diventando un *player* internazionale di rilievo nelle progettualità europee (es. TEF) supportando il progresso della ricerca e le sue ricadute operative in ambito tecnologico, industriale e di cura e assistenza in Regione Lombardia.

6.4. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Il PNRR si configura come un potente fattore di accelerazione con cui Regione Lombardia intende garantire la transizione quanto più innovativa ed efficace verso un modello di sanità digitale in grado di rispondere in maniera puntuale e completa ai fabbisogni di salute dei cittadini. La Missione 6 del PNRR identifica come priorità strategica l'utilizzo di un approccio sinergico nell'affrontare gli aspetti critici del Servizio Sanitario, al fine di superare le disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, la frammentazione degli stessi tra ospedale e territorio, gli elevati tempi di attesa per alcune prestazioni e identificare precocemente i rischi ambientali, climatici e sanitari della sanità pubblica. Ai fondi PNRR si affiancano sia quelli previsti dal Piano Nazionale degli Investimenti Complementari sia quelli previsti da finanziamenti regionali specifici, con i quali vengono integrate le risorse definite a livello europeo per conseguire gli obiettivi d'innovazione e potenziamento del sistema Paese.

L'obiettivo è quello di creare le condizioni economiche e progettuali per abilitare un ecosistema di sanità digitale in grado di garantire una rete di assistenza di prossimità sempre più capillare efficace ed efficiente, innovare il portafoglio di servizi a disposizione di cittadini e operatori, grazie all'introduzione di moderne soluzioni tecnologiche (come la telemedicina) e semplificare le attività da parte dei professionisti sanitari, al fine di promuovere un miglioramento continuo della qualità del servizio offerto agli assistiti e della soddisfazione degli operatori.

Di seguito il portfolio di progetti relativi ai servizi di Sanità Digitale finanziati grazie ad interventi PNRR condotti a livello regionale:

- ❖ Fascicolo Sanitario Elettronico;

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza acceleratore dell'innovazione digitale

L'ecosistema di sanità digitale

Le principali progettualità di sanità digitale finanziate PNRR



- ❖ Piattaforma Regionale di Telemedicina;
- ❖ Cartella Clinica Elettronica di ambito Ospedaliero e Territoriale;
- ❖ Sistema Informativo Regionale di Laboratorio (LIS);
- ❖ Automazione della Logistica del Farmaco.

Per garantire un'adozione omogenea di queste soluzioni, Regione Lombardia ha assunto un ruolo di governo e coordinamento centrale delle attività, sia come soggetto attuatore che come Ente preposto al controllo e alla valutazione dei programmi di intervento. In questo modo, Regione Lombardia coniuga un approccio dal basso *bottom up* con la definizione di un quadro strategico coerente con gli obiettivi a lungo termine della Regione stessa. L'obiettivo è quello di identificare possibili sinergie tra le diverse iniziative, valorizzare le migliori pratiche e garantire la massima efficienza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dal PNRR. In sintesi, il PNRR rappresenta quindi un'importante opportunità per regione Lombardia di finanziare e realizzare le iniziative previste dal Piano Strategico di Sanità Digitale, garantendo un'adozione omogenea delle soluzioni tecnologiche innovative in tutta la Regione e una maggiore sinergia tra le diverse entità coinvolte nella realizzazione del progetto.

Il ruolo di governo e coordinamento centrale di Regione Lombardia

6.5. Ricerca

Partendo dal principio “dove si fa ricerca è migliore l'offerta di cura”, l'obiettivo è - e sempre più sarà - quello di tradurre il frutto della produzione scientifica (realizzata grazie alle ottime professionalità e competenze presenti nelle nostre strutture a partire dalla valorizzazione degli IRCCS lombardi), in trasferimento tecnologico e conseguente valore e ricaduta positiva per la comunità dei pazienti e del sistema.

L'impegno di Regione Lombardia sarà sempre più volto al potenziamento dell'attività di ricerca biomedica, allo sviluppo del capitale umano e alla creazione di sinergie e di reti tra i vari attori del sistema.

Come ben declinato nel Piano Regionale di Sviluppo di Regione Lombardia (approvato a giugno 2023), la priorità sarà quella di definire e sviluppare nuove tecnologie, modelli di assistenza e di erogazione di servizi nel settore della salute per concretizzare la cosiddetta Medicina delle 5P (partecipativa, personalizzata, preventiva, predittiva, psico-cognitiva) verso un approccio basato sulla visione paziente-centrica, finalizzata a dare risposte veloci ed efficaci anche a future emergenze.

Le priorità di ricerca e sviluppo saranno orientate su vari *asset* declinati in:

- ❖ sistemi avanzati di diagnostica remota, telemedicina e dispositivi miniaturizzati per la diagnostica rapida portatile, in sinergia con altre tecnologie intelligenza artificiale (AI), robotica, *cloud computing*, *IoT*, *Additive Manufacturing*, Realtà virtuale, aumentata e *mixed reality*, dispositivi e prodotti innovativi per la salute prodotti con metodi

L'offerta di cura è migliore dove si fa ricerca.

L'impegno di Regione Lombardia sarà sempre più volto al potenziamento dell'attività di ricerca biomedica favorendo lo sviluppo di tecnologie innovative, e la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza ed erogazione dei servizi nel settore della salute.



- resilienti e sostenibili, grazie all'adozione di tecnologie e processi di produzione innovativi (ad esempio protesi personalizzate, ortesi, ecc.);
- ❖ sistemi avanzati di diagnostica basati anche su tecnologie omiche, anche attraverso lo sviluppo di tecnologie predittive e piattaforme *big data*, *machine learning*;
 - ❖ ambito psicologico-neuroscientifico con sviluppo di nuove strategie, anche tecnologicamente mediate, di potenziamento o mantenimento cognitivo nell'ambito terapeutico, riabilitativo e della gestione del paziente. Ad esempio, lo sviluppo di applicazioni avanzate di telemedicina per effettuare prestazioni quali televisita, telemonitoraggio e teleassistenza, attraverso soluzioni e piattaforme digitali accompagnate a strategie per l'aumento della *digital health literacy* tra operatori e cittadini, l'obiettivo è che ciò favorisca percorsi di integrazione tra ospedale e territori e, quindi, la diffusione di applicazioni digitali e di *IoT* per gli ambienti di vita in un'ottica di monitoraggio dello stato di salute, del decorso di una patologia o del progresso di una terapia in corso;
 - ❖ nuovi metodi di analisi, gestione e utilizzo dei *big data* relativi alle informazioni sanitarie e cliniche, che garantiscano elevati livelli di sicurezza e contribuiscano a migliorare la ricerca, la qualità delle cure e l'efficacia del sistema sanitario con particolare attenzione alla possibilità di utilizzo nell'ambito delle cure e dell'assistenza domiciliari;
 - ❖ CAR-T e terapie avanzate (terapie innovative e avanzate nell'ambito di immunoterapia, terapie cellulari, terapie geniche): fondamentale la Rete di collaborazione tra IRCCS;
 - ❖ nuovi farmaci innovativi di origine biologica o derivati da approcci biomolecolari, per la cura di malattie rare, malattie trasmissibili e non trasmissibili o diffuse, per gli *unmet medical need*;
 - ❖ nuovi modelli e tecnologie innovative per la gestione e lo sviluppo di *clinical trials*, anche tramite simulazioni computazionali personalizzate (*In Silico Trial*), per velocizzare lo sviluppo di dispositivi e terapie innovative;
 - ❖ nuovi modelli di analisi, segmentazione e monitoraggio dell'esperienza dei pazienti, dei loro livelli di *engagement* ed *empowerment* per la partecipazione nel processo di cura, in particolare, nell'ambito della riabilitazione;
 - ❖ sviluppo di tecnologie innovative per la riabilitazione: robotica, mecatronica e neuromodulazione per la riabilitazione motoria e cognitiva (con particolare attenzione allo sviluppo dell'interazione uomo-macchina per favorire approccio collaborativo e massimizzare l'accettazione della tecnologia da parte del paziente. Per l'attuazione delle specifiche progettualità verrà condiviso un programma sperimentale tra diversi enti regionali (DG Welfare, con il supporto di ARIA. POLIS e ACSS e sentite le parti interessate (enti di ricerca e accademici). L'obiettivo cardine di tale programma sarà la creazione di

un laboratorio di ricerca e innovazione funzionale alla implementazione di approcci *Value Based Healthcare/Value Based Procurement* (VBHC/VBP).

6.6. La sanità lombarda e lo sviluppo delle collaborazioni internazionali

La Regione Lombardia collabora da sempre con le istituzioni internazionali e con gli altri paesi europei. Ha sempre contribuito, attraverso principalmente l'AREU alle missioni di aiuto internazionali nei paesi in difficoltà. Tra le ultime missioni umanitarie, a supporto delle organizzazioni italiane e internazionali ricordiamo e più recenti della Turchia, per il terremoto del febbraio 2023, il supporto alla vaccinazione Covid in Sierra Leone nel corso del marzo 2022 e l'assistenza ai profughi dell'Ucraina in modo particolare ai bambini oncologici che sono stati trasportati nelle strutture sanitarie lombarde per le cure. Il ruolo internazionale della Lombardia nell'ambito sanitario ha una rilevanza particolare, visto il suo ruolo fondamentale nella Europa delle regioni e nei rapporti con la commissione Europea.

Le linee principali che si intendono perseguire in ambito internazionale sono:

1. scambi di conoscenze e migliori pratiche: La Regione Lombardia può collaborare con altre regioni o paesi per scambiare conoscenze ed esperienze relative alle pratiche sanitarie, ai sistemi di sanità pubblica e ai protocolli di gestione delle emergenze, all'utilizzo innovativo delle tecnologie;
2. progetti di sviluppo sanitario: La Regione Lombardia vuole contribuire in progetti di sviluppo sanitario in paesi in via di sviluppo, e nei paesi europei contribuendo a migliorare l'accesso alle cure mediche, la formazione del personale sanitario e l'infrastruttura sanitaria;
3. ricerca e collaborazione scientifica: La cooperazione internazionale può anche coinvolgere la collaborazione nella ricerca medica e scientifica, condividendo dati, risultati di studi e partecipando a progetti di ricerca con partner internazionali;
4. risposta a emergenze sanitarie: In situazioni di emergenza sanitaria globale, come epidemie o pandemie, la Regione Lombardia deve collaborare con organizzazioni internazionali e altre regioni per coordinare le risposte e condividere risorse e informazioni;
5. programmi di scambio di studenti e professionisti della sanità: La cooperazione internazionale sanitaria deve programmi di scambio di studenti di medicina, infermieri e altri professionisti della sanità per consentire loro di acquisire esperienza all'estero o contribuendo a formare studenti nei paesi in via di sviluppo incrementando lo scambio di professionalità e di esperienze.

La Lombardia, forte del proprio sistema sanitario che vede la collaborazione tra strutture pubbliche e private, vuole anche incentivare progettualità di attrazione



sanitaria e di supporto sanitario alla attrattività turistica ed economica della regione, assicurando sempre un continuo sviluppo della regione e delle sue potenzialità e cercando soluzioni di sviluppo di interazione tra sanità e aspetti *wellness* e di accoglienza turistica. In questi termini anche lo sviluppo di soluzioni innovative e “disruptive” che coinvolgano tutte le sue eccellenze dal sistema della ricerca, dello sviluppo tecnologico, universitario e professionale per continuare ad essere competitiva a livello internazionale.



Sezione settima – Attuazione, monitoraggio e valutazione

La fotografia dell'offerta, della domanda e dei bisogni assistenziali della popolazione lombarda, così come gli scenari che ne derivano rappresentano lo strumento per orientare le politiche di pianificazione strategica. Ma non basta. Abbiamo bisogno di accompagnare l'attuazione del PSSR utilizzando lo stesso principio del *data-driven* che ci ha sinora guidato per verificare se stiamo andando nella direzione auspicata. A tale fine, è insita in ogni azione di governo, e a maggior ragione nelle azioni su un tema strategico come quello sanitario che assorbe il 59,7% del bilancio consuntivo regionale (anno 2022),⁸² e che riguarda il fondamentale diritto alla salute che l'azione di governo deve garantire, che ogni delibera regionale debba essere:

- ❖ sostenuta da un'attenta analisi dei bisogni che la corrispondente azione intende soddisfare; la stratificazione dei beneficiari del SSR, in funzione dei bisogni di salute, e la previsione dell'evoluzione dei bisogni stessi sono lo strumento per indirizzare gli interventi;
- ❖ motivata dalle migliori evidenze scientifiche disponibili che giustificano l'azione;
- ❖ accompagnata da un robusto piano di (i) monitoraggio dell'implementazione (attuazione) di quell'azione secondo quanto deliberato, (ii) valutazione del suo impatto (ovvero la misura del raggiungimento dei risultati previsti), (iii) identificazione delle criticità emerse nel corso della sua implementazione e/o nel raggiungimento dei risultati auspicati e (iv) previsione di azioni flessibili in grado di adattare le azioni, e la loro implementazione, per realizzare un sistema virtuoso di miglioramento continuo della capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati. In coerenza con quanto sopra descritto, verrà presentata alle commissioni consiliari competenti una relazione annuale contenente gli esiti dei sopraccitati punti (i), (ii), (iii), (iv) e, successivamente, la stessa verrà condivisa anche con gli organismi di rappresentanza dei Comuni.

Il modello rappresentato in Figura trae ispirazione dalla metodologia generale del cosiddetto *Health Impact Assessment* (HIA) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e definisce una strategia con un solido background scientifico che mira al miglioramento continuo della qualità delle azioni di prevenzione, cura e supporto assistenziale.

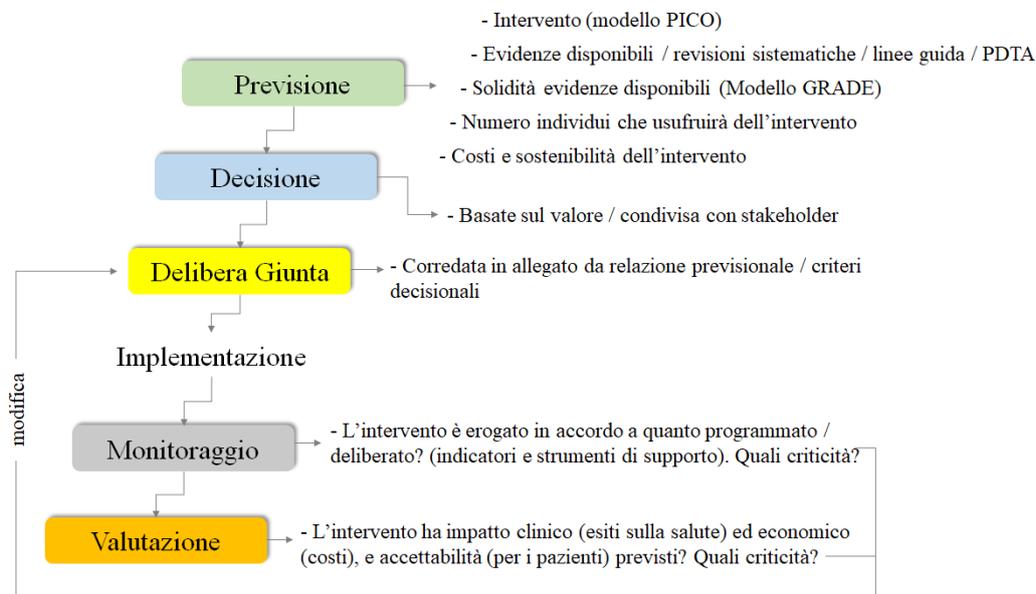
A tal fine, verrà istituito il Centro Operativo per l'utilizzo dei Dati sanitari e Sociosanitari (CODS), a garanzia di una forte governance regionale del dato, della trasparenza dei processi e della tutela della *privacy* individuale, ma anche promotore dello sviluppo e della messa a sistema di un nuovo approccio alla ricerca e inteso come struttura tecnico-scientifica:

Al fine di orientare le politiche, monitorare la loro attuazione e valutarne l'impatto verrà istituito il Centro Operativo per l'utilizzo dei Dati sanitari e Sociosanitari (CODS)



- ❖ costituita dalle più qualificate competenze in questo campo;
- ❖ che operi in modo trasversale con le Agenzie regionali con funzioni pertinenti a questo settore, e in particolare ma non solo l’Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo;
- ❖ che si caratterizzi per una forte vocazione innovativa e di apertura agli scambi internazionali in questo settore;
- ❖ che abbia il mandato di garantire il valore dei dati, con la garanzia di una regia centrale regionale. Nell’ambito del programma sperimentale di ricerca e innovazione, sarà valutato e disciplinato l’accesso ai dati in forma fruibile, con loro estrazione e condivisione, sempre nel rispetto di sicurezza e privacy e rigore scientifico;
- ❖ che abbia lo scopo di supportare il sistema di valutazione multidimensionale con cui misurare l’impatto prodotto (valore pubblico);
- ❖ che abbia, infine, il mandato di supportare l’Osservatorio delle Disuguaglianze (cfr. par. 5.2) e quello del Personale (cfr. par. 5.6).

I riferimenti per la pianificazione, realizzazione e gestione una struttura di questo tipo sono quelli che si ispirano principalmente, ma non solo, al modello di *Donabedian* per la qualità delle cure,⁸³ al *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) inglese,⁸⁴ e all’*Institute for Healthcare Improvement* (IHI) internazionale.⁸⁵ L’adattamento di questi modelli al contesto e agli scenari lombardi e alla visione regionale del governo del *welfare*, è una delle sfide innovative che Regione Lombardia intende cogliere.



Note

¹ Il primo Report Epidemiologico Annuale della Lombardia (REAL_2023), documento della DG Welfare, deve essere considerato materiale di supporto alla prima sezione del PSSR. Esso riporta con dettaglio i tratti della popolazione lombarda tracciandone dinamiche, bisogni di salute, carichi assistenziali e fattori di rischio e i metodi impiegati per la costruzione dei traccianti di salute

² Regione Lombardia. Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23. Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33. Testo disponibile in: <https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/normelombardia/accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002015081100023> (ultimo accesso 12 ottobre 2023)

³ Regione Lombardia. Legge Regionale 14 dicembre 2021 n. 22. Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33. Testo disponibile in: <https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/normelombardia/accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002021121400022> (ultimo accesso 13 ottobre 2023)

⁴ I dati sul PIL regionale sono tratti da http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_PILT e stimati (riproporzionati su base regionale rispetto al totale nazionale) da: <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=11965#>. È doveroso precisare che i costi attuali (2023) risentono degli stanziamenti eccezionali per il contrasto della diffusione epidemica da SARS-CoV-2

⁵ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Testo disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg> (sito consultato il 15 ottobre 2023)

⁶ Gli indicatori del nuovo sistema di garanzia dell'Ufficio VI della Direzione Programmazione del Ministero della Salute, teso a verificare e confrontare le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - per tutti i cittadini italiani rispetto alle prestazioni che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza, forniscono alcune evidenze a riguardo.

Rispetto ai cosiddetti indicatori "CORE" che misurano la qualità dell'insieme delle prestazioni LEA nelle aree della prevenzione (vaccinazioni, screening, alimenti, stili di vita), distrettuale (ospedalizzazioni età pediatrica e complicanze, tempi di soccorso e di attesa, consumo farmaci traccianti, assistenza domiciliare integrata, malattie psichiatriche, anziani non autosufficienti, cure palliative) ed ospedaliera (tasso ospedalizzazione, durata ospedalizzazioni, ricoveri inappropriati, tempestività interventi, parti cesarei), nel 2021 la Lombardia si posizionava al 5°, 4° e 5° posto tra le 21 Regioni e province autonome (<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=lea&menu=monitoraggioLea&tab=3>).

Rispetto agli indicatori "PDTA" che misurano la qualità dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali sperimentati dai pazienti affetti da una serie di malattie croniche, la percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella che ricevono interventi tempestivi ed appropriati è del 70,6% in Lombardia, contro il 64,2% dell'Italia (https://www.salute.gov.it/portale/lea/documenti/pdta/Risultati_TUM_MAMMELLA_2020.pdf).

⁷ Portale Statistico AGENAS. Raccolta di report ed analisi a cura dell'ufficio statistico di AGENAS. Disponibile in: <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=10> (sito consultato il 7 ottobre 2023)

⁸ CERGIS - Bocconi. Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano. Rapporto OASI 2022. https://cergis.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/3.%20La%20spesa%20sanitaria%20composizione%20ed%20evoluzione%20nella%20prospettiva%20nazionale%2C%20regionale%20e%20aziendale_Armeni%2C%20Borsoi%2C%20Notarnicola%20e%20Rota_0.pdf?VersionId=eUcx8lhK361yhGG1w9kZeVzPS6_p16f (sito consultato il 23 settembre 2023)



⁹ <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>

¹⁰ Ministero della Salute. Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021. Testo disponibile in: <https://www.salute.gov.it/portale/listeAttesa/dettaglioPubblicazioniListeAttesa.jsp?lingua=italiano&id=2824> (sito consultato il 29 settembre 2023)

¹¹ ISTAT. Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute. Testo disponibile in: <https://www.istat.it/it/files/2023/05/Istat-Testo-Commissione-Affari-Sociali-05-maggio-2023.pdf> (sito consultato il 7 ottobre 2023)

¹² Regione Lombardia. Decreto della Giunta Regionale (DGR). Deliberazione n. XII/787. Seduta del 31/07/2023. Approvazione del “Piano di riordino delle strutture, attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete emergenza urgenza ospedaliera”. Testo disponibile in: file:///C:/Users/corrao/Downloads/Delibera%20XII_787%20REGIONE%20LOMBARDIA.pdf (sito consultato il 15 ottobre 2023)

¹³ Polis Lombardia. Previsioni della popolazione lombarda anni 2020-2070. https://drive.google.com/file/d/1ttDMsdknD0mqZOS1-6M_Kar5IXnjzLxQ/view. (sito consultato il 6 agosto 2023)

¹⁴ Si dovrebbe considerare che tanto più ci si allontana dall'anno base (2020), tanto più le previsioni sono da considerarsi incerte. In particolare, per le regioni del Nord Italia, meno sfavorite dal calo demografico, ISTAT precisa come sia difficile individuare la direzione del cambiamento. Per la Lombardia, infatti, la popolazione nel 2070 potrebbe ammontare da 7,8 a 10,7 milioni residenti

¹⁵ Polis Lombardia. Previsioni delle famiglie lombarde anni 2020-2040. Testo disponibile in: https://polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/c6236eb5-b2b2-43b2-92cb-1c41ee142e35/WP+05-2022+-+Previsioni+famiglie+lombarde_2020-2040_cavedo_ed202202.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-c6236eb5-b2b2-43b2-92cb-1c41ee142e35-nY7ZifJ. (sito consultato il 6 agosto 2023)

¹⁶ Ministero della Salute. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Testo disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg> (sito consultato il 6 agosto 2023)

¹⁷ Rea F, Corrao G, Ludergnani M, Cajazzo L, Merlino L. A new population-based risk stratification tool was developed and validated for predicting mortality, hospital admissions, and health care costs. *J Clin Epidemiol* 2019;116:62-71

¹⁸ Corrao G, Bonaugurio AS, Chen Y, Franchi M, Lora A, Leoni O, Pavesi G, Bertolaso G. Improved prediction of five-year mortality was obtained by updating Chronic Related Score for risk profiling general population: Lessons from the Italian Lombardy region. *Frontiers in Public Health* 2023;11:1173957

¹⁹ Associazione Medici Diabetologi (AMD) - Società Italiana di Diabetologia (SID) - Standard italiani per la cura del diabete mellito 2016. Testo disponibile in http://www.standarditaliani.it/skin/www.standarditaliani.it/pdf/STANDARD_2016_June20.pdf (sito consultato il 17 settembre 2023)

²⁰ Krahn GL. WHO World Report on Disability: A review. *Disability and Health Journal* 2011;4:141-2

²¹ Zambelan G, Pasquetti P, Cerboni F. *Disabilità: definizioni e classificazioni*. Armando Ed. Roma, 2012

²² Wu KY, Chen DR, Chan CC, Yeh YP, Chen HH. Fear of falling as a mediator in the association between social frailty and health-related quality of life in community-dwelling older adults. *BMC Geriatr* 2023;23:421

²³ ISTAT. Rapporto annuale 2023 - La situazione del Paese. Capitolo 2: Cambiamenti nel mercato del lavoro e investimenti in capitale umano. Disponibile in: <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2023/Capitolo-2.pdf> (sito consultato il 7 ottobre 2023)



-
- ²⁴ World Health Organization. One Health. Materiale disponibile in: <https://www.who.int/europe/initiatives/one-health> (ultimo accesso 31 ottobre 2023)
- ²⁵ World Health Organization. Regional Office for Europe. European Programme of Work 2020-2025. United Actions for Better Health. Testo disponibile in: <https://www.who.int/europe/about-us/our-work/european-programme-of-work> (ultimo accesso 12 ottobre 2023)
- ²⁶ European Commission. EU Global Health Strategy to improve global health security and deliver better health for all. Testo disponibile in: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_7153 (ultimo accesso 14 ottobre 2023)
- ²⁷ European Commission. EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union. Testo disponibile in: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en (ultimo accesso 12 ottobre 2023)
- ²⁸ European Commission. Shaping Europe's digital future. Testo accessibile in: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/ehealth> (sito consultato il 14 ottobre 2023)
- ²⁹ I determinanti della salute sono le condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano e i sistemi messi in atto per affrontare le malattie
- ³⁰ Roy Amara, Robert Wood Johnson Foundation, Institute for the future (ITF), Health and health care 2010: the forecast, the challenge. Princeton: Jossey-Bass, 2003
- ³¹ The European House Ambrosetti, Meridiano Sanità, Le coordinate della Salute, Rapporto 2022. Testo disponibile in: <https://www.ambrosetti.eu/news/investire-sulla-salute-per-una-crescita-sostenibile-dellitalia/> (sito consultato il 7 ottobre 2023)
- ³² World Health Organization. Health impact assessment. Testo disponibile in: https://www.who.int/health-topics/health-impact-assessment#tab=tab_1 (ultimo accesso 14 ottobre 2023)
- ³³ Regione Lombardia. Legge Regionale 8 luglio 2020, n. 15. Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario (BURL n. 28 suppl del 10 Luglio 2020). Testo disponibile in: <https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/normelombardia/accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002020070800015> (consultato il 30 settembre 2023)
- ³⁴ Consiglio dell'Unione europea. Raccomandazione del Consiglio relativa al rafforzamento della prevenzione attraverso l'individuazione precoce: un nuovo approccio dell'UE allo screening dei tumori, che sostituisce la raccomandazione 2003/878/CE del Consiglio. Bruxelles, 29 novembre 2022. Testo disponibile in: <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14770-2022-INIT/it/pdf> (sito consultato il 30 settembre 2023)
- ³⁵ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Legge 19 agosto 2016, n. 167. Disposizioni in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie. (16G00180) (GU Serie Generale n.203 del 31-08-2016). Testo disponibili in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2016/08/31/16G00180/sg> (sito consultato il 30 settembre 2023)
- ³⁶ Ministero della Salute. Telemedicina. Linee di indirizzo nazionali. Approvate dall'Assemblea generale del Consiglio Superiore di Sanità il 10 luglio 2012. Il protocollo di Intesa Stato-Regioni è stato sottoscritto il 20 febbraio 2014. Testo disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf2012 (consultato il 25 settembre 2023)
- ³⁷ Giunta Regionale Lombardia. Deliberazione n. XII/1141. Seduta del 16/10/2023. Linee di intervento per lo sviluppo ed efficientamento del percorso nascita in Lombardia finalizzato a favorire la natalità e la tutela della salute riproduttiva. Testo disponibile in: <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-1141-legislatura-12> (ultimo accesso 31 ottobre 2023)



-
- ³⁸ Regione Lombardia. Legge Regionale 6 dicembre 1999, n. 23. Politiche regionali per la famiglia. (GU 3^a Serie Speciale - Regioni n.10 del 11-03-2000). Testo disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/atto/regioni/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2000-03-11&atto.codiceRedazionale=000R0034> (consultato il 9 novembre 2023)
- ³⁹ World Health Organization. Rehabilitation 2030 Initiative. Testo disponibile in: <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030> (ultimo accesso 28 ottobre 2023)
- ⁴⁰ Ministero della Salute. Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera. Testo disponibile in: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2021&codLeg=85585&parte=1%20&serie=null> (ultimo accesso 29 ottobre 2023)
- ⁴¹ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Repertorio Atti n. 113/CSR del 2 luglio 2015. Testo disponibile in: <https://www.camera.it/temiap/2018/02/01/OCD177-3341.pdf> (ultimo accesso 29 ottobre 2023)
- ⁴² Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Seduta del 19 aprile 2023. Testo disponibile in: <https://www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2023/seduta-del-19042023/report-19042023/> (ultimo accesso 29 ottobre 2023)
- ⁴³ World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Testo disponibile in: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health> (ultimo accesso 29 ottobre 2023)
- ⁴⁴ Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Seduta del 10 febbraio 2011. Testo disponibile in: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1546_allegato.pdf (ultimo accesso 29 ottobre 2023)
- ⁴⁵ Ministero della Salute. I principi del Servizio sanitario nazionale (SSN). Testo disponibile in: <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=5073&lingua=italiano&menu=vuoto> (ultimo accesso 1° ottobre 2023)
- ⁴⁶ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Legge 8 novembre 2000, n. 328. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. (GU Serie Generale n.265 del 13-11-2000 - Suppl. Ordinario n. 186). Testo disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/11/13/000G0369/sg> (ultimo accesso 1° ottobre 2023)
- ⁴⁷ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997. Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. (GU Serie Generale n.42 del 20-02-1997 - Suppl. Ordinario n. 37). Testo disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1997/02/20/097A1165/sg> (ultimo accesso 1° ottobre 2023)
- ⁴⁸ Regione Lombardia. Legge Regionale 6 dicembre 1999, N. 23. Politiche regionali per la famiglia (BURL n. 49, 1° suppl. ord. del 10 Dicembre 1999). Testo disponibile in: <https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/normelombardia/Accessibile/main.aspx?view=showpart&slnode=lr001999120600023&idparte=lr001999120600023> (ultimo accesso 9 novembre 2023)
- ⁴⁹ Regione Lombardia. Legge Regionale 14 dicembre 2004, N. 34. Politiche regionali per i minori (BURL n. 51, 1° suppl. ord. del 17 Dicembre 2004). Testo disponibile in: <https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/normelombardia/accessibile/main.aspx?view=showpart&slnode=lr002004121400034&idparte=lr002004121400034> (ultimo accesso 9 novembre 2023)



-
- ⁵⁰ Regione Lombardia. Legge Regionale 12 marzo 2008, n. 3. Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario. (GU 3ª Serie Speciale - Regioni n.35 del 30-08-2008) Testo disponibile in:
<https://www.gazzettaufficiale.it/atto/regioni/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2008-08-30&atto.codiceRedazionale=008R0262> (ultimo accesso 9 novembre 2023)
- ⁵¹ Regione Lombardia. Legge Regionale 24 giugno 2014, n. 18. Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori (BURL n. 26, suppl. del 26 Giugno 2014). Testo disponibile in:
<https://www.federalismi.it/AppOpenFilePDF.cfm?artid=26500&dpath=document&dfile=01072014153838.pdf&content=LOMBARDIA%2C%2BL%2ER%2E%2Bn%2E%2B18%2F2014%2CNorme%2Ba%2Btutela%2Bdei%2Bconiugi%2Bseparati%2Bo%2Bdivorziati%2C%2Bin%2Bcondizione%2Bdi%2Bdisagio%2C%2Bin%2Bparticolare%2Bcon%2Bfigli%2Bminori%2B%2D%2Bregioni%2B%2D%2Bdocumentazione%2B%2D%2B> (ultimo accesso 9 novembre 2023)
- ⁵² Regione Lombardia. Legge Regionale 30 novembre 2022, n. 23. Caregiver familiare (BURL n. 48 suppl. del 02 Dicembre 2022). Testo disponibile in:
<https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/normelombardia/accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002022113000023> (ultimo accesso 1° ottobre 2023)
- ⁵³ Regione Lombardia. Legge Regionale 6 dicembre 2022, n. 25. Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità (BURL n. 49 suppl. del 09 Dicembre 2022). Testo disponibile in:
<https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/normelombardia/accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002022120600025> (ultimo accesso 9 novembre 2023)
- ⁵⁴ Regione Lombardia. Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33. Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità (BURL n. 52, 3° suppl. ord. del 31 dicembre 2009). Testo disponibile in:
<https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/normelombardia/Accessibile/main.aspx?view=showpart&selnode=lr002009123000033&idparte=lr002009123000033> (ultimo accesso 1° ottobre 2023)
- ⁵⁵ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117. Codice del Terzo Settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106 (GU Serie Generale n.179 del 02-08-2017 - Suppl. Ordinario n. 43). Testo disponibile in:
<https://www.gazzettaufficiale.it/dettaglio/codici/terzoSettore> (ultimo accesso 1° ottobre 2023)
- ⁵⁶ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Legge 23 marzo 2023, n. 33. Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane. (23G00041) (GU Serie Generale n.76 del 30-03-2023). Testo disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/03/30/23G00041/sg> (ultimo accesso 1° ottobre 2023)
- ⁵⁷ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Testo aggiornato del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421". (GU Serie Generale n.4 del 07-01-1994 - Suppl. Ordinario n. 3). Testo disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/01/07/094A0049/sg> (ultimo accesso 1° ottobre 2023)
- ⁵⁸ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Osservatorio Nazionale sulla Condizione delle Persone con Disabilità. Documentazione relativa alla Convenzione delle Nazioni Unite. Testo disponibile in:
<https://www.osservatoriodisabilita.gov.it/it/documentazione-relativa-alla-convenzione-delle-nazioni-unite/> (ultimo accesso 15 ottobre 2023)



- ⁵⁹ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Legge 3 marzo 2009, n. 18. Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità. Testo disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2009/03/14/009G0027/sg> (ultimo accesso 15 ottobre 2023)
- ⁶⁰ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Legge 22 dicembre 2021, n. 227 Delega al Governo in materia di disabilità. (21G00254) (GU Serie Generale n.309 del 30-12-2021). Testo disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/12/30/21G00254/sg> (ultimo accesso 1° ottobre 2023)
- ⁶¹ Szymanski, L. S. (2002). DC-LD (Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation). *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(6), 525-527. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2002.00403.x>
- ⁶² Steinfeldt-Kristensen C, Jones CA, Richards C. The Prevalence of Self-injurious Behaviour in Autism: A Meta-analytic Study. *J Autism Dev Disord*. 2020 Nov;50(11):3857-3873. doi: 10.1007/s10803-020-04443-1
- ⁶³ Giunta Regionale Lombardia. Deliberazione n. XII/850. Seduta del 08/08/2023. Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2023. Secondo provvedimento. Testo disponibile in: <https://us-ms.gr-cdn.com/getresponse-zFJnO/documents/28ee4e50-4970-4596-b86d-18fff80f7944.pdf> (ultimo accesso 1° ottobre 2023)
- ⁶⁴ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. (G.U. Serie Generale, n. 12 del 16 gennaio 2018). Testo disponibile in: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=62663> (ultimo accesso 1° ottobre 2023)
- ⁶⁵ Regione Lombardia. Legge Regionale 29 giugno 2016, n. 15. Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità). Testo disponibile in: https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/NormeLombardia/Accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002016062900015&exp_coll=lr002016062900015&selnode=lr002016062900015 (ultimo accesso 1° ottobre 2023)
- ⁶⁶ World Health Organization (2013). *Health 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century*, Geneva.
- ⁶⁷ Samji H, Wu J, Ladak A, Vossen C, Stewart E, Dove N, Long D, Snell G. Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*. 2022 May;27(2):173-189
- ⁶⁸ Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza. *Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi*. Documento di studio e di proposta. Roma, Maggio 2022. Disponibile in <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2022-05/pandemia-neurosviluppo-salute-mentale.pdf> (ultimo accesso 7 ottobre 2023)
- ⁶⁹ Regione Lombardia, Assessorato Welfare, Direzione Generale Welfare, Struttura Salute Mentale, Dipendenze, Disabilità e Sanità Penitenziaria. Piano Operativo Regionale Autismo. Testo disponibile in: <https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/c2bcc747-1fdf-4887-9078-46085dbe230b/Piano+regionale+autismo.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-c2bcc747-1fdf-4887-9078-46085dbe230b-nP6OlvS> (ultimo accesso 1° ottobre 2023)
- ⁷⁰ Regione Lombardia. Legge Regionale 14 dicembre 2020, n. 23. Nuovo sistema di intervento sulle dipendenze patologiche. Testo disponibile in: <https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/NormeLombardia/Accessibile/main.aspx?view=showsum&iddoc=lr002020121400023> (ultimo accesso 1° ottobre 2023)
- ⁷¹ Montomoli C., Costantino M.A., Filosa A., Franchi M., Borgatti R., Cantarutti A., Fazzi E., Galli J., Ghisoni R., Leoni O., Limosani I., Loi E., Mensi M., Poli V., Sacchi P., Villani S., Corrao G. (a cura di) (2024), *Neurosviluppo, salute mentale e benessere psicologico di bambini e adolescenti in Lombardia 2015-2022*. Milano: Fondazione Cariplo.



Lombardia notizie online. Lombardia, Istituto l'Osservatorio Regionale sulla Condizione Giovanile. 1° Luglio 2022. Damiano Bolognini Cobianchi. Disponibile in: <https://www.lombardianotizie.online/osservatorio-regionale-condizione-giovanile/> (sito consultato il 4 maggio 2024)

⁷² Giunta Regionale Lombardia. Deliberazione XI/6760. Seduta del 25/07/2022. Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale". Testo disponibile in: <https://www.anaaolombardia.it/wp-content/uploads/2022/08/DGR-6760-del-25.07.2022.pdf> (ultimo accesso 12 ottobre 2023)

⁷³ Regione Lombardia. Decreto della Giunta Regionale (DGR). Deliberazione n. XI/2019. Seduta del 31/07/2019. Prime indicazioni per l'avvio del percorso di riordino e di riclassificazione dei PRESST, dei POT e delle degenze di comunità. Testo disponibile in: https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/4a49ae8d-ba06-46fe-af6a-68c63aa2b4a2/BURL+SEO32_08-08-2019+DGR+2069+31-7-2019.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-4a49ae8d-ba06-46fe-af6a-68c63aa2b4a2-mQ5ZEcC (sito consultato il 17 ottobre 2023)

⁷⁴ Regione Lombardia. Decreto della Giunta Regionale (DGR). Deliberazione n. XI/937. Seduta del 01/12/2010. Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2012. Testo disponibile in: https://anci.lombardia.it/documenti/_DGR_%5B1%5D.pdf (sito consultato il 17 ottobre 2023)

⁷⁵ Regione Lombardia. Decreto della Giunta Regionale (DGR). Deliberazione n. X/1185. Seduta del 20/12/2013. Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014. Testo disponibile in: https://www.asst-pavia.it/sites/default/files/documenti/DGR_1185_2013_regole2014.pdf (sito consultato il 17 ottobre 2023)

⁷⁶ Regione Lombardia. Decreto della Giunta Regionale (DGR). Deliberazione n. x / 7541. Seduta del 18/12/2012. Approvazione dei progetti per l'utilizzo delle quote vincolate del fondo sanitario nazionale per la realizzazione di obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2017. Testo disponibile in: <https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/7718e636-fe0b-46a9-a189-c1ea0a23ab83/DGR+7541+18.12.2017.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=7718e636-fe0b-46a9-a189-c1ea0a23ab83> (sito consultato il 17 ottobre 2023)

⁷⁷ Regione Lombardia. Decreto della Giunta Regionale (DGR). Deliberazione n. X/3383. Seduta del 10/04/2015. Attuazione delle dd.g.r. n. x/1185/2013 e n. x/2989/2014: prima applicazione di profili e requisiti sperimentali della unità d'offerta sociosanitaria cure intermedie. Testo disponibile in: https://www.ats-milano.it/sites/default/files/dgr%203383_2015%20cure%20intermedie_49d16237-41d3-46e0-8da9-62c186f33c4d.pdf (sito consultato il 17 ottobre 2023)

⁷⁸ Ministero della Salute. Decreto 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Testo disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/04/15G00084/sg> (ultimo accesso 12 ottobre 2023)

⁷⁹ Decreto Legge 30 marzo 2023, n. 34. Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali. Testo disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/03/30/23G00042/sg> (ultimo accesso 12 ottobre 2023)

⁸⁰ Legge 26 maggio 2023, n. 56. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, recante misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali. Testo disponibile in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/03/30/23G00042/sg> (ultimo accesso 12 ottobre 2023)

⁸¹ Legge 10 agosto 2000, n. 251. Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica (Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 6 settembre 2000). Testo disponibile in: <https://www.parlamento.it/parlam/leggi/002511.htm> (ultimo accesso 12 ottobre 2023)



⁸² Regione Lombardia. Legge Regionale 28 dicembre 2021, n. 26. Bilancio di previsione 2022 - 2024. Testo disponibile in: <https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/normelombardia/accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002021122800026> (ultimo accesso 24 ottobre 2023)

⁸³ Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford University Press, Oxford, 2003

⁸⁴ <https://www.nice.org.uk/>

⁸⁵ <https://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>

