

**SALUTE MENTALE:  
MANAGEMENT E  
ORGANIZZAZIONE  
ALL'INTERNO DEL  
PROCESSO  
RIABILITATIVO-EDUCATIVO**

**CARLO SCOVINO**



edizioni  
**ARCIPELAGO**



## **GESTIRE L'IMMATERIALE\***

“La scienza della complessità ci insegna che la complessità che vediamo nel mondo è il risultato di una semplicità nascosta.” (Chris Langton) La nuova complessità sociale si nutre sempre più di valori e di beni immateriali a cui è necessario accedere senza assumere atteggiamenti ansiogeni, ma con intraprendenza e spirito progettuale.

Questa collana si propone come strumento agile per presentare progetti e servizi nel territorio del sociale. Le idee e gli spunti che verranno offerti partono o dalle esperienze o dalla progettazione teorica.

Le esperienze rappresentano punti di riferimento significativi per essere rielaborate e per essere quindi riproposte; difficilmente le esperienze possono essere “copiate” perché i sistemi e i contesti inevitabilmente cambiano e se è vero che nessun fiocco di neve è identico ad un altro, tanto meno gli ambienti sociali possono essere riprodotti in modo statico. Ma una esperienza riuscita può diventare un’ottima sponda per riprogettare con alcuni riferimenti-guida.

Altri contributi di questa collana invece saranno il frutto di una elaborazione teorica e metodologica. Qualcuno diceva che non c’è niente di più pratico di una buona teoria.

Gli spunti progettuali pertanto diventano indispensabili per amministratori, operatori sociali, dirigenti, professionisti, cooperative ed associazioni che interpretano il proprio ruolo con la tensione di chi fa i conti attivamente con il futuro.

Il cambiamento ci investe in continuazione; le nostre scelte si riducono a due alternative: noi possiamo decidere di essere cambiati dagli altri e dagli avvenimenti oppure possiamo decidere la direzione/l’utopia verso cui cambiare.

Ogni progetto in qualche modo significa riappropriarsi del diritto di cittadinanza nella Città/Stato chiamata Futuro.

- Questo è il primo saggio pubblicato senza la direzione di Flavio Montanari che è mancato il 20/4/2020.

## **PSICOPOLIS & MACROPOLIS**

### **una rete di reti nel web**

Il lavoro immateriale diventa sempre più sofisticato. Non può essere svolto da entità troppo piccole, che per le loro dimensioni hanno anche difficoltà a qualificarsi. Non può essere svolto da organizzazioni troppo grosse che rischiano la burocratizzazione. Una rete è la formula che permette la massima flessibilità in risposta alle diverse e fluttuanti domande del mercato dei bisogni. Purchè la rete sia organizzata fra gruppi non concorrenziali fra loro ma integrabili.

Le tecnologie info-telematiche che da oltre vent'anni caratterizzano l'esistenza privata e pubblica di ogni persona, gruppo, organizzazione ed istituzione, si evolvono con rapidità e producono cambiamenti esponenziali. I prodotti materiali ed immateriali che ne derivano influenzeranno sempre di più sia il mondo del lavoro che quello delle relazioni interpersonali.

Psicopolis e Macropolis sono la rappresentazione di questa realtà in movimento e sono esse stesse in continua evoluzione per suggerire suggestioni stimolanti ed insieme per offrire supporto ai bisogni latenti, rimossi, repressi dei singoli, dei gruppi, delle comunità e delle organizzazioni, così che possano esprimere tutte le loro potenzialità.

Per saperne di più è possibile consultare i siti:

**[www.psicopolis.com](http://www.psicopolis.com) - [www.macropolis.org](http://www.macropolis.org)**

Collana: Gestire l'Immateriale

Carlo Scovino  
Salute mentale: management e organizzazione  
All'interno del processo riabilitativo-educativo

Copyright 2020 Edizioni Arcipelago  
Edizioni Arcipelago  
Via Brescia 6  
25080 Molinetto di Mazzano – BS

Prima edizione agosto 2020

I diritti di traduzione, memorizzazione elettronica, riproduzione e adattamento totale o parziale, con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche), sono riservati per tutti i Paesi.

***SALUTE MENTALE:  
MANAGEMENT E ORGANIZZAZIONE  
ALL'INTERNO DEL PROCESSO  
RIABILITATIVO-EDUCATIVO***

*Carlo Scovino*

*“Quando ci si prefigge di organizzare un servizio sanitario  
 (nel nostro caso psichiatrico), la difficoltà sta nel trovare  
 risposte concrete a domande concrete che provengono dalla  
 realtà in cui si agisce.  
 Ma le risposte aderenti alla realtà dovrebbero insieme  
 trascenderla (attraverso l'elemento utopico),  
 tentando di trasformarla.  
 In questo senso, nell'ipotizzare un'organizzazione sanitaria si  
 corre il rischio di cadere in due errori opposti:  
 da un lato, quello di proporre risposte che vanno oltre il livello  
 di realtà in cui si muovono i bisogni, creandone altri  
 attraverso la produzione di nuove realtà-ideologie cui le  
 misure adottate sono pronte a rispondere;  
 dall'altro, quello di restare così aderenti alla realtà da  
 proporre risposte chiuse nella stessa logica che produce il  
 problema che si vuole affrontare.  
 In entrambi i casi la realtà resta immutata e le risposte si  
 limitano a definire e a circoscrivere la problematica di ogni  
 settore specifico...  
 Ciò che deve mutare per poter trasformare praticamente le  
 istituzioni e i servizi psichiatrici (come del resto tutte le  
 istituzioni sociali) è il rapporto tra il cittadino e la società, nel  
 quale si inserisce il rapporto tra salute e malattia”*

Basaglia F.  
*L'utopia della realtà*  
*Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie,*  
 1974  
 (trad. ital. in Basaglia Scritti, II 1968-1980, Ed. Einaudi, To, 1982)

## INDICE

|  |     |
|--|-----|
| <b>PREFAZIONE</b> <b>Prof. Claudio Mencacci</b>  | 9   |
| <b>INTRODUZIONE</b>  | 13  |
| <b>CAPITOLO 1:</b> Il Servizio Sanitario Nazionale:<br>a che punto siamo   | 20  |
| <b>1.1.</b> Il sistema della salute mentale  | 39  |
| <b>CAPITOLO 2:</b> La riabilitazione psichiatrica: perche' è<br>importante parlare di qualità, di analisi dei processi e<br>relativi costi | 57  |
| <b>2.1.</b> Progettazione, programmazione e controllo:<br>qualche riflessione  | 72  |
| <b>CAPITOLO 3:</b> La formazione degli operatori impegnati<br>nel processo riabilitativo-educativo   | 91  |
| <b>CONCLUSIONI</b>   | 105 |
| <b>GLOSSARIO</b>   | 123 |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b>  | 130 |
| <b>SITOGRAFIA</b>  | 133 |
| <b>APPENDICE</b>   | 134 |
| Decreto IORI   | 135 |
| Codice deontologico dell'educatore professionale   | 139 |
| Legge regionale legge 11 agosto 2015 - n. 23   |     |
| Legge regionale 29 giugno 2016 – n. 15   | 150 |
| Piano sociosanitario integrato lombardo 2019 -2023 –<br>art 4 legge regionale  | 231 |



## PREFAZIONE

Da oltre quindici anni lavoro con Carlo Scovino e a lui e al suo entusiasmo, alla sua passione, alla sua creatività e capacità di fare rete con competenza, ho affidato molte delle attività terapeutico-riabilitative del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) che dirigo.

Conosco, apprezzo e condivido la sua attenzione a tutta la materia dei diritti e al principio dell'uguaglianza davanti alla legge nonché la sua attenzione ai processi di valutazione, alla programmazione e all'analisi dei costi. Tutto ciò rappresenta il *fil rouge* di tutti i progetti di inclusione sociale, di lotta al pregiudizio e di attenzione al budget che il DSMD continua a realizzare anno dopo anno con tenacia e determinazione.

Viviamo in una fase storica in cui il mondo accademico, e non solo, è chiamato a provare a governare situazioni complesse e articolate che richiedono impegno, studio e una ricerca continua e approfondita. La difesa del nostro SSN, che tra molte difficoltà ancora rappresenta un modello a livello mondiale, ha necessariamente bisogno di persone, idee e pensieri che possano percorrere un terreno a volte accidentato e possano inoltrarsi in territori ancora poco esplorati.

Il tema di questo saggio non è ancora molto dibattuto all'interno del mondo dei professionisti della riabilitazione, (i medici psichiatri hanno già iniziato ad affrontare questo tema già da una decina d'anni) e la bibliografia non sembra essere cospicua, a parte alcune eccezioni di riabilitatori e educatori che si occupano di formazione e coordinamento, ma ormai i

tempi sono maturi perché l'argomento possa essere adeguatamente affrontato.

Gli esempi non mancano soprattutto le *best practices* già realizzate da alcuni DSM italiani.

L'Italia non sempre è il fanalino di coda, tanto più nell'ambito della salute mentale dove la L. n. 180 e tutte le pratiche e azioni innovative messe in atto hanno rappresentato, e continuano a rappresentare, un modello di riferimento anche in ambito internazionale.

Molto deve essere ancora fatto e molto può essere migliorato, ma nell'attualità molti direttori generali e di dipartimento hanno dimostrato che si è aperta una nuova stagione non più ineludibile e non solo per questioni solamente economiche.

Una certa cultura oppone una tenace resistenza ai cambiamenti e alla richiesta di attivazione di processi valutativi che possano meglio rispondere alla diversificazione delle patologie e dei bisogni espressi dai pazienti e dalle famiglie. La nuova legge regionale lombarda sulla riorganizzazione del sistema socio-sanitario ha avviato un processo che richiederà forse qualche tempo affinché sia implementato nella pratica, ma è bene ricordare che se vogliamo ancora garantire il diritto alla salute per tutti in modo gratuito, efficace ed efficiente è necessario che tutte le persone che si occupano di riabilitazione tengano in considerazione che le vecchie modalità operative non rispondono più in maniera adeguata ai bisogni sempre più complessi e articolati espressi da una società in continua e veloce evoluzione.

Il diritto alla salute non è mai una questione di bontà d'animo: tutte le persone appartengono alla comunità umana e devono godere degli stessi diritti. Ma la battaglia per il riconoscimento dei diritti non può e non deve escludere pratiche e azioni che possono e devono rispondere in maniera sempre più appropriata alla richiesta di trasparenza e di valutazione che

sempre proviene dai cittadini e dagli stakeholders in particolare.

Sino ad oggi ogni Progetto Obiettivo dedicato alla psichiatria, licenziato tanto a livello nazionale che regionale, non ha mai messo in discussione l'opzione che era possibile una psichiatria di comunità, finalizzata ad una presa in carico globale primaria e prevalente (se non esclusiva) dei pazienti psichiatrici e ad obiettivi di salute perseguiti con trattamenti multicontestuali in regime di continuità terapeutica, che assicurassero, in collegamento con altre agenzie di salute (MMG in primis), Comuni, distretti socio-sanitari, reti informali e percorsi di inclusione/integrazione l'attenzione a percorsi di cura, prestazioni e servizi erogati in maniera efficace ed efficiente.

I DSM hanno il mandato di garantire le funzioni di programmazione, coordinamento, monitoraggio e valutazione rispetto alla salute mentale della popolazione di riferimento. La funzione di *governance*, propria di ogni DSM, richiede anche di ripensare/ridefinire il senso e la pratica della continuità terapeutica che deve prevedere precise responsabilità, chiare indicazioni sui processi (input, output, outcome) e chi se ne farà carico.

I DSM sono sempre più chiamati a negoziare quale e "quanta" assistenza e quale qualità si dovrà garantire in un dato territorio confezionando, per esempio, "contratti per la salute" e accordi di programma.

I DSM dovranno anche puntare all'eccellenza attrezzandosi culturalmente ed organizzativamente per raccogliere la sfida posta alla psichiatria dai dettati legislativi che esaltano il ruolo del cittadino e degli *stakeholders*, dei suoi diritti, la sua domanda di salute e la graduale apertura a forme di concorrenzialità positiva tra i servizi al fine di meglio distribuire le risorse (più a chi più e meglio lavora) e non perpetuare la logica che "chi più chi meno non cambia nulla".

Credo sia importante in termini scientifici, accademici e gestionali adottare una strategia comunicazionale sempre più precisa e puntuale, specialmente in questa fase storica dove le informazioni corrono veloci sulla rete senza la necessaria ricerca delle fonti, della fondatezza di alcune affermazioni, ecc. Bisogna avere l'onestà intellettuale di rispondere ad alcune affermazioni che non hanno alcuna validità scientifica e/o appropriatezza economica con prove concrete, dati e ricerche validate.

La realtà attuale richiede un approccio metodologico, oltreché scientifico, diverso e che possa comprendere questioni gestionali e programmatiche in termini economici e organizzativi.

Come spesso accade con i libri nessuno sa a priori quale sarà la loro evoluzione in termini di diffusione, di richieste di presentazione, di promozione di dibattiti, ecc. ma quello che è certo, e me lo auguro, è che questo libro possa far conoscere una realtà così poco nota e dibattuta tra i professionisti che si occupano di riabilitazione aprendo nuovi spazi di riflessione.

*Prof. Claudio Mencacci*

*Presidente della Società Italiana di Neuropsicofarmacologia  
e Past President della Società Italiana di Psichiatria*

## INTRODUZIONE

L'idea di scrivere questo libro è nata qualche mese prima di terminare l'Executive Master di II livello EMMAS (Management delle Aziende Sanitarie e Socio-Assistenziali) presso l'Università Bocconi, nel 2019.

Francesca Lecci, la mia relatrice di tesi, nonché direttrice del Master, durante tutto l'anno accademico mi era parsa genuinamente interessata al mio lavoro (educatore professionale, tra riabilitazione psichiatrica, lavoro di rete e molto altro ancora) e durante un incontro per rivedere il lavoro di tesi mi lanciò l'idea di scrivere qualcosa dal punto di vista del management.

La proposta mi apparve come un'invitante possibilità per tematizzare l'argomento della riabilitazione da un punto di vista nuovo e ostico non solo per me, ma per la gran parte degli educatori/riabilitatori.

In verità erano già un po' di anni che avevo spostato l'asse delle mie riflessioni dalla pratica riabilitativa *tout court* ai suoi corollari quali costi, valutazione, programmazione, ecc. anche se esso non ben definito dal punto di vista teorico e metodologico.

Nell'opinione pubblica la malattia mentale troppo spesso è ritenuta essere **solo** tutto ciò che **solo** gli psichiatri dicono sia. Non è facile fornire risposte completamente esaustive agli ardui problemi connessi alla domanda di comprensione non solo alla malattia mentale bensì all'essere umano.

Questo testo non intende demolire le impalcature disciplinari della psichiatria e della psicoterapia. Qualcun altro prima di

me, e molto più titolato, ha provato a smontare e ad analizzare ferocemente tutta la questione: uno di questi è lo psichiatra e psicoanalista statunitense di origine ungherese Thomas Szasz (Budapest 1920 - Manlius 2012). Egli è noto soprattutto per la sua critica al modello psichiatrico tradizionale, per cui è stato spesso associato al movimento antipsichiatrico degli anni '60 e '70, anche se non ne ha mai fatto ufficialmente parte.

Secondo Szasz esistono malattie neurologiche, disordini comportamentali e problemi filosofico-esistenziali, ma non malattie mentali, in quanto non vi sono lesioni o riscontri di tipo organico tipici delle malattie comunemente intese. Pertanto, la malattia mentale è più che altro un "mito" utilizzato per fini sociali, che favorisce gli interessi di alcuni a danno di altri, analogamente a quanto avvenne in passato per il mito religioso.

Così come il concetto di malattia mentale è erroneo e fuorviante, le pratiche accettate e accreditate sono scorrette, immorali, antiscientifiche, illusorie, spesso fraudolente e potenzialmente pericolose. Intese a guarire e recuperare i cosiddetti pazienti psichiatrici, sono il più delle volte strumenti di coartazione e di controllo di dissidenti, diversi e irregolari, e costituiscono una minaccia per la libertà e la dignità umana. La mia riflessione per molto tempo si è concentrata nel ridefinire il tema della psichiatria in nome dei diritti individuali contro le spinte autoritarie di una parte della psichiatria tradizionale. Nel corso degli anni, poi, mi sono concentrato sulle questioni di carattere professionale - ma non solo - (riabilitazione psichiatrica, diversity e inclusion) ma che sono anche (e forse soprattutto) conflitti umani.

E' assolutamente vero che tutti i professionisti della psichiatria (psichiatri, psicologi, riabilitatori, ecc.) non si occupano solamente di malattie psichiatriche diagnosticate ma si occupano anche di problemi personali, sociali ed etici del

vivere.

Benché sia l'ultima arrivata delle scienze, la psichiatria è caratterizzata da una pletora di teorie e prassi diverse, in concorrenza tra di loro e che spesso si escludono a vicenda. Con l'accelerazione tecnologica è diventato molto sottile il confine che separa il vocabolario della psichiatria dal ridicolo lessico della psicochiacchiera. Chiamiamo malati fisici gli individui il funzionamento del cui corpo viola certe norme anatomiche e fisiologiche; analogamente chiamiamo malati mentali gli individui la cui condotta personale viola certe norme etiche, politiche e sociali. Oggi la malattia mentale è largamente considerata come causa di un numero infinito di fattori differenti. Le patologie psichiatriche sono anche comunicazioni che esprimono idee inaccettabili, spesso espresse sotto forma di un idioma insolito. Le diagnosi psichiatriche possono essere, e spesso di fatto sono, impugnate come sfollagente semantici: colpire il soggetto nella sua rispettabilità e nella sua dignità lo distrugge altrettanto efficacemente, e spesso ancor più, che colpirlo alla testa. La differenza sta nel fatto che chi brandisce uno sfollagente è riconosciuto da tutti come un pericolo pubblico, mentre chi brandisce una diagnosi psichiatrica non lo è. Se tutti gli adulti (compresi i cosiddetti pazienti psichiatrici) fossero considerati come individui responsabili e come gli agenti del destino che a loro appartiene, allora non ci sarebbe alcun bisogno che la gente che consulta gli psichiatri sia sottoposta a una classificazione psichiatrica. Che cos'è la schizofrenia? Che cosa significa il termine schizofrenia? Nel suo senso più elementare è una parola coniata da Eugen Bleuler, così come psicoanalisi è una parola coniata da Sigmund Freud. Come "divino" e "demoniaco", "schizofrenico" è un concetto meravigliosamente vago nel suo contenuto e terribilmente spaventoso nelle sue implicazioni. Cosa sono i deliri? Sappiamo in cosa consistono:

credersi Napoleone, credere che ci sia un complotto mondiale ordito per far del male, ecc. In genere, non preoccupa tanto che i cosiddetti matti (cioè le persone che adesso definiamo schizofrenici o psicotici) siano disturbati, quanto che disturbino gli altri, non tanto che soffrano (anche se può essere così) quanto che essi facciano soffrire gli altri: la società nel suo complesso e la loro famiglia. La piaga del genere umano è la paura e il rifiuto della diversità: la convinzione che ci sia un solo modo giusto di vivere, un solo modo giusto per regolare le questioni religiose, politiche, sessuali e mediche è la causa principale della più grande minaccia per l'essere umano. Indipendentemente dal fatto che una persona sia considerata sana o malata di mente, essa ha ragioni, non cause, delle proprie azioni.

I cambiamenti nell'assetto organizzativo dell'intervento sanitario in ambito psichiatrico in seguito alla legge Basaglia e la formazione di nuove strutture per la riabilitazione, come ad esempio il DSM (Dipartimento di Salute Mentale) e il CSM (Centro di Salute Mentale. Nella sola regione Lombardia sono definiti Centri Psico Sociali - CPS), hanno spinto le figure professionali coinvolte nel settore della salute mentale all'acquisizione di nuove competenze e nuovi metodi di intervento per riabilitare il paziente con malattia mentale. Ma siamo sicuri che sia solo una questione di competenze specifiche? Ma quale significato ha il termine riabilitazione nell'ambito psichiatrico? L'Organizzazione Mondiale della Sanità la definisce così

*“...la riabilitazione psichiatrica si riferisce in modo ampio a quel campo di azioni ed interventi volti ad alleviare le menomazioni, le*



*disabilità e gli handicap negli individui con disturbi mentali e migliorare, nei limiti del possibile, la qualità della loro vita<sup>1</sup>”.*

Nella pratica dei servizi il termine riabilitazione è tendenzialmente utilizzato nell'accezione del prendersi cura della persona intesa nella sua unicità, complessità e soggettività, all'interno di una visione che non vuol correre il rischio di trascurare così le sue necessità, l'importanza delle sue relazioni sociali, evitando nel frattempo di attivare dinamiche di dipendenza e cronicità. È intorno agli anni sessanta che nascono nuovi orientamenti nell'area della pianificazione dei servizi per pazienti psichiatrici, accompagnati da un forte interesse per le questioni sociali, per i diritti civili e per la salute pubblica. È in questo periodo che cresce l'interesse per concetti come prevenzione e riabilitazione. Si afferma la sana concezione che le persone con malattie mentali non devono subire trattamenti disumani e continuare a vivere in ambienti inadeguati e restrittivi come le strutture manicomiali, ma devono ricevere cure adeguate in strutture idonee e umane.

I luoghi non sono più prigioni, ma diventano spazi dove la cura della malattia non si cristallizza, ma segue un continuo percorso di trasformazione ed evoluzione, rendendo il paziente protagonista di cambiamenti nei comportamenti e nelle relazioni.

La riabilitazione come pratica con le sue teorie, metodi e obiettivi si avvale di strumenti che fungono da supporto per la realizzazione di un appropriato lavoro riabilitativo. E' fondamentale coinvolgere la famiglia degli utenti in cura, perché essa è un tassello indispensabile del processo riabilitativo. Non possiamo sottovalutare la difficoltà del nucleo familiare di vivere con l'ombra di una malattia

---

<sup>1</sup> [www.who.org](http://www.who.org)

intangibile che spaventa; una malattia dove non è il corpo a comunicare sofferenza, dove non c'è una ferita visibile da curare, ma dove spesso solo gli occhi comunicano una sofferenza dell'anima. Affermando questo so bene cosa si intende: io oltre che essere un professionista della riabilitazione sono anche un familiare. Uno dei miei fratelli soffre di un disturbo delirante cronico che ha molto compromesso la sua qualità di vita.

Ma dove vive la malattia, vive anche la speranza e la resilienza. Il rischio che si profila per i professionisti che lavorano in ambito riabilitativo è quello di logorarsi dentro, di vivere un crollo psicologico, di vivere fenomeni di *burnout*. Uno stato di sofferenza, insieme a un senso di fallimento, un alto livello di stress, possono portare il riabilitatore a non essere più in grado di rispondere alle esigenze del contesto lavorativo.

Lavorare con pazienti psichiatriche può implicare lavorare molto con vittorie che a volte non sembrano arrivare o necessitano di tempi lunghi, e con sconfitte che sembrano annullare i traguardi raggiunti con fatica.

Sapere di essere parte integrante di un'équipe competente rende questo lavoro meno faticoso e poter osservare il miglioramento dello stato di salute dei pazienti, salutare un paziente che ha terminato il suo percorso di cura all'interno di una comunità terapeutica e sapere dopo mesi che il suo benessere è inserito in una cornice di quotidianità, cioè una casa, un lavoro, nuovi amici, una nuova relazione sentimentale, ci ricorda quanto meraviglioso e importante sia il nostro lavoro, nonostante l'ambito delicato nel quale lavoriamo.

Il primo capitolo presenta lo stato del Servizio Sanitario Nazionale e del sistema della psichiatria che, se pur tra molte criticità, ambedue resistono alla continua riduzione delle risorse economiche, di personale e di formazione. Vengono

inoltre fornite riflessioni metodologiche sul processo riabilitativo-educativo.

Nel secondo viene tematizzata la questione della riabilitazione psichiatrica attraverso alcuni spunti di riflessione sui processi e sull'operational planning: cosa e perché monitorare, con quali modalità, perché bisogna valutare, la reportistica, la comunicazione e l'analisi dei costi.

Nel terzo capitolo viene tematizzata la formazione degli operatori che si occupano di riabilitazione e di progettazione educativa mettendo anche a confronto i diversi percorsi accademici.

La prefazione è stata affidata al Prof. Claudio Mencacci attuale Presidente della Società Italiana di Neuropsicofarmacologia e past president della Società Italiana di Psichiatria.

È presente un glossario che fornisce al lettore alcune indicazioni generali terminologiche.

In appendice sono riportati il decreto Iori che ha ridisegnato la figura dell'educatore e il Codice Deontologico.

# **I CAPITOLO**

## **IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: A CHE PUNTO SIAMO**

Questo capitolo è stato scritto facendo riferimento al rapporto OASI 2019 <sup>2</sup> del CERGAS<sup>3</sup> dell'Università Bocconi di Milano. Nelle aziende sanitarie pubbliche, i portatori di interessi istituzionali (gli stakeholders) sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro. La prima partecipa al governo dell'azienda attraverso la rappresentanza politica e i secondi, a seguito del processo di regionalizzazione del SSN, sono prevalentemente identificabili negli organi di governo regionali rappresentanti della popolazione. Sono le regioni che oltre a strutturare il proprio apparato amministrativo devono individuare le aziende (dotate di autonomia giuridica ed economica) che compongono il gruppo sanitario pubblico regionale e definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende (nomina degli organi di direzione di massimo livello, costituzione di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi, ecc.). Le regioni devono rispettare la potestà legislativa statale relativa ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e politici

---

<sup>2</sup> Rapporto OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano): il documento fotografa la “salute” del nostro SSN. Nel Rapporto 2019 vengono sottolineati i positivi risultati raggiunti nonostante l'eterogeneità interregionale

<sup>3</sup> Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

(art. 117 Costituzione), con i relativi poteri sostitutivi dello Stato in caso di inadempienza delle regioni (art.120). La tutela della salute è, invece, materia a legislazione concorrente, in cui allo Stato è affidata la determinazione dei principi fondamentali (art.117).

Dal combinato disposto di questi dettami costituzionali derivano forme di elaborazione condivisa della programmazione sanitaria di lungo periodo (per esempio, l'approvazione del Patto per la Salute da parte della Conferenza Stato-Regioni) e gli strumenti straordinari di riaccentramento dei poteri in materia di tutela della salute, come i Piani di Rientro per le Regioni inadempienti sotto il profilo economico-finanziario. Con riferimento agli apparati amministrativi regionali si ricorda che le regioni hanno spesso istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR). In particolare, sono sei le regioni in cui è attualmente presente un'ASR come tecnostuttura dell'Assessorato o del Consiglio Regionale: Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Puglia, Sardegna. A questo elenco va aggiunta la Lombardia, che nell'estate 2016 ha autorizzato la costituzione della nuova Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario lombardo (ACSS). Il Friuli-Venezia Giulia, il Piemonte, l'Umbria, il Veneto, il Lazio, la Campania e la Liguria hanno soppresso nel corso dell'ultimo decennio la propria Agenzia e stabilito il trasferimento delle sue funzioni alle Direzioni Regionali competenti.

Tutte le regioni stabiliscono la struttura del gruppo, individuando le aziende sanitarie pubbliche che lo compongono. In particolare, esse devono:

- definire l'articolazione del territorio regionale in ASL;
- decidere se e come costituire in aziende autonome (Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università) gli ospedali che hanno rilievo

nazionale, regionale e vedono la presenza di discipline ad alta specializzazione;

- definire il ruolo di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico – IRCCS.

Questa autonomia si è concretizzata in scelte molto diverse, che hanno determinato una forte eterogeneità interregionale in termini di numero e dimensione media delle ASL e delle AO; numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL; presenza di istituti diversi da ASL e AO nel gruppo sanitario pubblico regionale, ecc. Tale eterogeneità è andata crescendo in virtù dei processi di riordino che hanno interessato diversi SSR negli ultimi anni, contribuendo a modificare in modo rilevante le rispettive strutture istituzionali. Il grado di differenziazione delle aziende che popolano oggi il SSN non si limita più alla sola missione, al punto che diventa difficile individuare un sufficiente grado di omogeneità tra le stesse. Il più evidente ambito di continuità si riscontra negli assetti di governo, tutti orientati al modello tradizionale con triade direzionale e rapporto fiduciario con il governo regionale. A partire dal 2016 nel computo delle aziende territoriali vengono incluse le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) lombarde che, per effetto della riforma, sono diventate le uniche responsabili dell'erogazione di servizi ospedalieri e territoriali a vocazione generalista da parte pubblica.

Le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) della Regione Lombardia, che attuano la programmazione regionale sul territorio di competenza senza l'erogazione diretta di servizi ospedalieri o territoriali, sono invece confluite nell'insieme degli enti intermedi.

Le ATS devono fare riferimento a un territorio, rispetto al quale sono responsabili del mantenimento dei LEA. Ai riordini del SSR lombardo e toscano hanno fatto seguito nel corso del

2016 ulteriori riforme regionali che hanno accentuato il processo di contrazione del numero di forme aziendali

La maggior parte degli enti intermedi è situata in Lombardia dove, oltre alle sopracitate ATS, che esercitano funzione di governo e a cui è affidato il ruolo di programmazione, controllo, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, sono presenti tre ulteriori enti intermedi senza funzioni di governo ma principalmente con funzioni di coordinamento, promozione e vigilanza (AREU – Agenzia Regionale Emergenza Urgenza; Agenzia per la Promozione del Servizio Sociosanitario lombardo e Agenzia di Controllo).

Il soggetto strategico di un'azienda sanitaria pubblica si incentra nella figura del Direttore Generale (DG), il cui ruolo è profondamente mutato nel corso degli ultimi anni, a seguito delle trasformazioni dell'ambiente di riferimento e dell'assetto istituzionale di tali aziende, caratterizzate da dimensioni più ampie per effetto dei processi di accorpamento. Il DG, tradizionale organo focalizzato sulla gestione interna, ha assunto sempre più la funzione di «gestore di reti di relazioni» con i vari soggetti del mondo sanitario e sociosanitario, al fine di generare le condizioni interne ed esterne per la realizzazione di obiettivi assegnati dalla Regione (Zuccatelli et al., 2009).

La tendenza degli ultimi anni, tanto negli indirizzi programmatici quanto nella pratica, è stata quella di porre maggiore attenzione all'assistenza territoriale e di rafforzarne la rilevanza a fronte della razionalizzazione dell'attività ospedaliera. Ciò si è tradotto, principalmente, in sforzi per il potenziamento dei distretti. Questi ultimi, nella maggior parte delle esperienze regionali, sono deputati all'organizzazione dei servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare; sono responsabili, in coordinamento con l'assistenza ospedaliera, della gestione delle attività socio-sanitarie delegate dai

Comuni, nonché del supporto alle famiglie e alle persone in difficoltà (anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, malati terminali).

I dati nazionali nascondono significative differenziazioni tra regioni, aziende e stabilimenti ospedalieri e non permettono univocamente di distinguere la classe di priorità delle relative procedure. A livello nazionale, emerge la capacità di rispondere in tempi brevi alle condizioni più gravi, mostrando tempi di attesa più lunghi per gli interventi che non hanno un impatto sulla sopravvivenza del paziente.

La salute è un bene sociale che non dipende solo dai servizi sanitari o sociosanitari, ma anche da tutte le politiche che incidono sulle determinanti del benessere fisico e mentale dei cittadini e delle comunità. Questo concetto, esplicitato già nella Dichiarazione di Roma del 2007 dei Ministri Europei della Sanità, si è man mano consolidato non solo a livello comunitario, dando origine alla strategia Health in All Policies (HiAP), un approccio trasversale alle politiche pubbliche promosso dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) che prende in considerazione le implicazioni delle policies sulla salute e che ricerca sinergie per migliorarne l'equità. La salute è considerata una determinante, un catalizzatore e un risultato degli obiettivi dello sviluppo sostenibile (Sustainable Development Goals – SDGs) contenuti nell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, con riferimento in particolare all'Obiettivo 3 *“Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages”*. La WHO assegna un grande rilievo alle politiche tese ad affrontare le determinanti sociali e le disuguaglianze relative alla salute con particolare riferimento alle seguenti aree di azione:

- migliorare le condizioni della popolazione nei primi anni di vita (*“improving early child development”*),



- migliorare l'accesso a una giusta occupazione e a un lavoro dignitoso (*"improving access to fair employment and decent work"*),
- migliorare la protezione sociale attraverso trasferimenti monetari (*"improving social protection through social cash tranferts"*),
- migliorare gli ambienti di vita (*"improving the living environment"*).

Le misure proposte per attuare questi obiettivi sono molto articolate e spaziano tra un insieme eterogeneo di linee e livelli di policy. Si passa dall'utilizzo mirato della leva fiscale (es. tax expenditures) a richieste di estensione dei programmi di protezione sociale in termini di copertura, dotazione e accesso attraverso misure che combinino livelli universalistici e categoriali. Di particolare rilievo ai fini della riduzione delle disuguaglianze nella salute e delle condizioni di vita risultano le politiche ambientali, della mobilità e urbanistiche che debbono sostenere programmi abitativi per le aree più povere, incrementare l'accessibilità ad abitazioni più salubri, valorizzare i benefici in termini di salute degli interventi tesi a ridurre i cambiamenti climatici, implementare sistemi di trasporto, contribuire a ridurre i cambiamenti climatici e ridurre l'inquinamento. La European Roadmap del WHO per implementare l'Agenda 2030 enfatizza il concetto che investire in salute e in equità sia un fattore determinante dello sviluppo sostenibile e il successivo documento The Health Equity Status Report (HESR) Initiative dell'Organizzazione identifica priorità e proposte per accrescere l'equità nella salute e il benessere nei paesi europei. Si assume, in altri termini, il paradigma che il livello di salute di una società e la loro distribuzione tra i gruppi sociali non dipendano unicamente dall'efficacia e dall'efficienza dei servizi sanitari, ma anche dalle politiche economiche, fiscali, ambientali, culturali,

urbanistiche, del lavoro, della formazione, e così via. Le condizioni economiche degli individui sono un fattore chiave per spiegare i differenti livelli di salute tra i paesi e all'interno di essi, tuttavia queste differenze seguono un forte gradiente sociale secondo la terminologia introdotta da Marmot e altri e riconosciuta da tutte le scuole di epidemiologia. Vale a dire che le differenze di salute sono dipendenti dalla posizione di un individuo o di un gruppo sociale nella società, che si traduce in differenze nell'accesso ai servizi, nella disponibilità/utilizzo delle risorse, nell'accesso alle opportunità in settori come l'istruzione, l'occupazione, l'abitazione, fino alla partecipazione nella società civile. Negli ultimi decenni gli indicatori di salute e di benessere sono significativamente migliorati nei paesi europei, tuttavia questi miglioramenti non sono omogeneamente distribuiti tra i paesi, e all'interno dei gruppi sociali entro lo stesso paese. Secondo le statistiche di WHO e degli organismi nazionali, in Europa le disuguaglianze di salute sono di intensità variabile (più moderate nei paesi mediterranei, intermedie nell'Europa continentale e del Nord, molto più intense nell'Europa dell'Est) e, anche se si stanno riducendo in senso assoluto (i più poveri hanno beneficiato di una riduzione della mortalità maggiore rispetto ai più ricchi), si stanno ampliando in senso relativo (aumenta il divario tra il rischio di morte dei più poveri rispetto a quello dei più ricchi). Le determinanti sociali della salute sono le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano. Queste condizioni influenzano la possibilità che una persona sia in condizioni di salute, il suo rischio di ammalarsi e le sue aspettative di vita. Le disuguaglianze sociali nella salute sono le ingiuste ed evitabili differenze nello stato di salute nei diversi gruppi sociali e sono il risultato della diseguale distribuzione delle determinanti sociali. Nella spiegazione di questi concetti gli organismi internazionali, a partire da WHO e

ONU, seguono uno schema logico di analisi relativamente omogeneo e consolidato: il contesto economico e sociale, le politiche di sviluppo e i sistemi di welfare sono le variabili fondamentali che determinano la posizione sociale degli individui (risorse materiali, status, determinanti sociali). La posizione sociale, inoltre, influenza la probabilità di essere esposti ai fattori di salute fisica e mentale vale a dire: fattori di rischio dell'ambiente, fattori di rischio psicosociali e limitazioni all'accesso alle cure appropriate. Inoltre, la posizione sociale influenza la vulnerabilità agli effetti sfavorevoli sulla salute. Le determinanti della salute e delle disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi sanitari sono ampiamente conosciute e classificate, sia in termini di esiti sugli stati di salute dei cittadini e di indicatori di morbidità/mortalità, sia come andamenti temporali. I fattori determinanti di questa condizione sono generalmente distinti in due grandi categorie: fattori sistemici (organizzazione ed efficacia dei sistemi sanitari, grado di urbanizzazione, condizioni di vita, capitale sociale); fattori individuali (genere, età, patrimonio genetico, titolo di studio, condizione professionale, livello di reddito).

Fattori mondiali come la globalizzazione e l'urbanizzazione, associati all'invecchiamento della popolazione, interagiscono con determinanti sociali, culturali ed economici di salute (scolarità, abitazione, lavoro, ecc.) nel predisporre gli individui a fattori comportamentali di salute (uso di tabacco, errate abitudini alimentari, insufficiente attività fisica, consumo dannoso di alcool, ecc.) in grado di determinare alterazioni metaboliche e biologiche (aumento della pressione arteriosa, sovrappeso e obesità, aumento della glicemia e dei grassi nel sangue, ecc.). Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) identifica un sistema di azioni che agiscono sull'intero ciclo di vita delle famiglie e che garantiscono la trasversalità degli

interventi tra i diversi settori, servizi, aree organizzative. La sfida in Italia e in tutti i paesi europei è tradurre in pratica questo approccio indispensabile per affrontare temi come l'invecchiamento della popolazione, la diffusione di patologie croniche e invalidanti, la contrazione delle risorse pubbliche, le conseguenze della crisi economica, la diffusione di patologie e "disagi" psichiatrici. Le diseguaglianze nello stato di salute dipendono da numerosi fattori correlati e sovrapposti e numerosi fattori esogeni ai servizi sanitari e alla loro organizzazione condizionano i risultati sanitari. Secondo questo approccio, le determinanti dell'assistenza sanitaria (volumi e sistemi di finanziamento, condizioni di accesso ai servizi, dotazione tecnologica, disponibilità di farmaci e dispositivi, qualità del personale e qualità dell'assistenza) spiegano in misura non esaustiva i risultati sanitari in termini di riduzione della mortalità e aumento della qualità della vita e della durata della speranza di vita.

L'analisi delle diseguaglianze pone in carico ai governi europei e soprattutto alle regioni fondamentali interrogativi e responsabilità. Le istituzioni regionali, infatti, sono titolari in esclusiva o in maniera concorrente con il governo nazionale delle politiche in una pluralità di settori che sono direttamente responsabili delle determinanti dello sviluppo sostenibile e delle condizioni di salute dei cittadini. Basti ricordare per il caso italiano le responsabilità delle regioni nella programmazione territoriale e dei trasporti, nell'edilizia pubblica, nel coordinamento delle politiche sociali, nell'istruzione, nella formazione, nelle politiche attive del lavoro. Un insieme molto differenziato di aree di intervento che si affiancano alle politiche sanitarie e sociosanitarie e che giocano un ruolo rilevante nel contrastare le diseguaglianze nelle condizioni di salute e di vita dei cittadini.

In altri termini, occorre indagare come le diverse politiche regionali assumano i temi delle disuguaglianze delle condizioni di salute e della riduzione delle stesse nel complesso delle loro politiche. Una prima sede di discussione e di scambio di esperienze regionali di policy per la riduzione delle disuguaglianze in un'ottica di benchmarking e apprendimento reciproco è stata promossa dalla Conferenza delle Assemblee Legislative Regionali (CALRE) della UE. Da questo network di lavoro possono sicuramente emergere percorsi condivisi di analisi e di confronto, nonché di validazione di good practices per la riduzione delle disuguaglianze della salute. Un network in grado di proporre concrete indicazioni e capace di interloquire e collaborare con le altre organizzazioni che operano per analizzare queste problematiche e per supportare i diversi livelli di governo nelle loro azioni a favore del benessere e della salute dei cittadini.

La spesa nel 2018 è stata di 119 miliardi di euro e solo 149 milioni di disavanzo. La copertura sulla spesa sanitaria allo stato attuale è superiore al 70%, ma stando agli esperti, è destinata a diminuire. La spesa pro-capite è di 1900 euro ossia l'80% di quella inglese, il 66% di quella francese e il 55% di quella tedesca. I bisogni crescono sempre di più considerando che la natalità è molto ridotta e sta aumentando l'aspettativa di vita (83 anni). Il rischio, infatti, è proprio questo. Gli esperti segnalano che a lungo andare il SSN non riuscirà più a sostenere tutte le necessità di una popolazione che invecchia sempre di più e che, di conseguenza, richiede assistenza sanitaria specifica soprattutto in virtù della cronicizzazione continua di molte patologie.

Se il SSN non riesce a coprire la crescita dell'inflazione, il settore pubblico segna un +16%. L'out of pocket rimane la voce più importante con una spesa di oltre 35 miliardi di euro.

Nonostante le conferme sulla sostenibilità dell'impalcatura pubblica dell'assistenza universalistica nostrana, le ombre del sottofinanziamento sono sempre in agguato, anzi, sono proprio questi timori ad aprire la strada ai privati.

Le riflessioni qui proposte riguardano il futuro possibile dei sistemi sociosanitari e le caratteristiche che dovrebbe avere un management in grado di affrontare i problemi che questi stanno incontrando e da cui, probabilmente, saranno investiti ancor più violentemente nel prossimo futuro. La premessa, per un management motivato con forte identificazione nel ruolo di gestore del servizio pubblico, sta nell'assetto istituzionale che si ritiene debbano avere questi sistemi. Un assetto che ha il suo fondamento nella politica intesa come progetto democratico di convivenza e che deve sapere e volere mettere insieme obiettivi di equità e di efficienza. Operativamente, poi, questo significa controllo strategico ed indirizzo politico, ma anche delega delle responsabilità gestionali dei servizi organizzati in forma aziendale. Non è cioè in discussione il carattere dei servizi sanitari di entità produttiva responsabilizzata e gestita secondo logiche di impresa, ma il suo assetto istituzionale e proprietario di ente senza fini di lucro, anche se quest'ultima proprio per essere una definizione in negativa riserva non poche ambiguità. Un management sanitario che risponde dei risultati da assicurare non ad azionisti che hanno investito i loro capitali nell'ospedale, ma ai cittadini-utenti cioè alle esigenze di promozione della salute dei singoli e della collettività. L'ipotesi, attualmente suffragata nel nostro paese da pochi esempi ed esperienze, anche se significativi e di successo, è che un sistema sociosanitario territoriale del futuro possa crescere in innovazione e in "umanizzazione" (brutto termine, ma espressivo di un profondo bisogno!) insieme con la crescita di un management pubblico, che non vuol dire regolato nel suo stato giuridico da norme di diritto pubblico, ma che viene

scelto in relazione alle sue capacità gestionali, alle conoscenze ed ai risultati dimostrati come costruttore e gestore di servizi pubblici ed in particolare di servizi sanitari appropriati e coerenti con gli obiettivi di salute che, politicamente, una società locale e regionale si è posta, con le sue istituzioni democratiche. Con il termine management si intende, oltre che il complesso delle tecniche e delle attività di gestione di un'organizzazione, l'insieme dei soggetti che assumono decisioni su che cosa deve fare e dove deve andare un'istituzione, che danno senso e rappresentano la realtà organizzativa e con questo obiettivo utilizzano le informazioni, le tecniche di valutazione ed esercitano il controllo di gestione. La sopravvivenza e il successo delle organizzazioni dipendono infatti dalla capacità degli uomini e delle donne che le dirigono di darsi obiettivi, di fronteggiare e gestire i cambiamenti e le crisi, di governare le complessità in cui si trovano ad operare. È semplicistico, se non fuorviante, attribuire al cosiddetto diritto pubblico la causa principale della loro sclerosi. Significa non vedere che i principali vincoli indotti sulla gestione sono quelli imposti dalle varie corporazioni e dei gruppi di interesse presenti in sanità. Proporre la totale privatizzazione assomiglia a buttare il bambino con l'acqua sporca, dove certamente l'acqua sporca è l'insieme dei privilegi corporativi e delle regole garantiste che non responsabilizzano gli attori e gli operatori pubblici rispetto alle attese degli utenti e all'interesse pubblico. È pericolosamente riduttiva l'assimilazione di un ospedale pubblico ad una casa di cura privata che opera secondo logiche di profitto. La serie di equazioni: pubblico uguale inefficiente e dequalificato, privato uguale ad efficienza e qualità, quindi per assicurare a tutti i cittadini una maggiore qualità dei servizi basta privatizzarli, rappresenta una semplificazione fuorviante. Dà per scontato che ciò che distingue il pubblico dal privato sia l'assetto proprietario e cioè

che esistono solo beni privati. Se così fosse, privatizzare avrebbe anche il vantaggio, nel nostro paese, di eliminare una fonte dell'indebitamento pubblico.

Esiste in sanità un preminente ed essenziale interesse generale, una connessione diretta, non separabile, tra il bene pubblico "salute" da promuovere e la produzione dei servizi sanitari. Agli ospedali non è tanto chiesto di "vendere" prestazioni sanitarie, ma di sviluppare conoscenza per il trattamento più appropriato possibile dei problemi complessi di salute, dalla prevenzione alla riabilitazione, di disporre di una completezza disciplinare in grado di assicurare una vera competenza interdisciplinare, di essere presidio di secondo livello per l'emergenza, di occuparsi dei pazienti fragili, di malattie rare e di tutti quegli aspetti poco redditizi dal punto di vista economico, ma fondamentali per l'effettiva equità di un sistema sanitario.

Nell'ambito dei processi di modernizzazione delle Amministrazioni Pubbliche, la Sanità ha un ruolo di primo piano sia nel nostro paese che in quelli di tutto il mondo occidentale. In effetti, il settore si caratterizza per sostanziare diritti fondamentali dei singoli e della collettività e per essere particolarmente complesso da governare. Al contempo, infatti, rappresenta una delle voci di spesa più importanti del bilancio della nazione ed è l'area in cui ci si aspetta dalla scienza e dalle tecnologie i maggiori aiuti per la qualità della vita delle persone e da cui gli investimenti finanziari possono trarre i maggiori guadagni. È cioè un settore strategico dello Stato: le sue regole ed il suo funzionamento contribuiscono in modo significativo a determinare il livello, oltre che di vita, di convivenza e di solidarietà in una determinata società. Ed è normale che su di esso si concentri maggiormente l'attenzione dei cittadini e dei mezzi di comunicazione. In questo quadro la sfida per i sistemi sanitari è quella di coniugare equità e



solidarietà con efficacia, ivi compresa l'appropriatezza, e l'efficienza. A questo fine e, in particolare, per trovare un miglior equilibrio tra l'esigenza di garantire la tutela della salute, misurata anche in termini di maggior soddisfazione degli utenti, e quella di assicurare il controllo e la produttività della spesa pubblica, è stato avviato (D.Lgs.vo 502/92), anche nel nostro paese, il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche. L'Azienda Sanitaria è lo strumento tecnico-operativo con cui lo Stato, inteso in Italia come ordinamento a forte carattere federalistico, esercita le proprie funzioni in materia sanitaria. Le Aziende Sanitarie hanno cioè come fine istituzionale essenziale e costitutivo quello di tradurre in servizi appropriati il patto di solidarietà, deciso politicamente, che stabilisce i bisogni di salute da garantire a tutti i cittadini, secondo una logica di sussidiarietà in base alla quale ogni istituzione è responsabilizzata, rispetto alla combinazione bisogni/risorse, a soddisfare le esigenze cui il sistema di ordine meno complesso non è in grado di rispondere autonomamente. Per questo i servizi sanitari assumono la conformazione aziendale, cioè della più moderna organizzazione espressa dalla nostra società per perseguire scopi di efficienza produttiva. Un assetto delle strutture sanitarie che permette di responsabilizzarne gli attori rispetto ai risultati sanitari da assicurare ed all'equilibrio economico, anche attraverso la stessa messa in discussione dell'Azienda e, in primo luogo, del suo management.

La specialità di questa Azienda è prima di tutto nella sua "missione" che ne fa l'elemento indispensabile costitutivo, oltre che operativo, del Servizio Sanitario Nazionale. A questa specialità è legata l'esigenza di eliminare, o almeno di ridurre il più possibile, ogni vincolo e rigidità burocratica propria del diritto amministrativo e di costituire un'entità economica, cioè dotata di risorse proprie e di piena autonomia imprenditoriale,

chiamata direttamente a rispondere, nell'ordine, dei risultati di salute e del rispetto nel tempo, come qualsiasi Azienda degna di questo nome, del vincolo di bilancio. Il previsto completamento del processo di aziendalizzazione delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, richiesto dall'art. 2, lett. a), della Legge Delega 419/98, non può che essere realizzato attribuendo alle Aziende una maggior responsabilità rispetto al perseguimento degli obiettivi di sistema a fronte della quale è prevista una maggior discrezionalità e flessibilità nella gestione dei fattori produttivi. In particolare, le Aziende Sanitarie non hanno più la necessità di organizzarsi e di procedere per atti amministrativi, si avvarranno degli strumenti gestionali oggi utilizzati dai privati, potranno disporre di ampia libertà nella selezione della dirigenza e ricorrere anche a forme di contratto a termine per il personale. Da un lato, ne evidenziano il modello manageriale, per quanto riguarda il funzionamento interno delle unità chiamate a produrre ed assicurare i servizi, dall'altro, definiscono il ruolo delle Aziende Sanitarie quale soggetto attuatore della programmazione regionale, una programmazione non di dettaglio e di disciplina delle modalità produttive dei servizi, ma per criteri ed indirizzi, volta a regolare i rapporti e le diverse funzioni di utilità che presiedono ai comportamenti degli attori in campo. L'ipotesi di trasformare le Aziende Sanitarie in S.p.A., quale soluzione per dare ad esse la massima agilità operativa. è fuorviante in quanto questo significherebbe, oltre che l'equiparazione a qualsiasi soggetto privato tenuto a rispondere ai propri azionisti e non alla collettività dei cittadini-utenti, non coglierne la natura, da un lato, di entità produttiva di servizi non misurabili solo su base economica e, dall'altro, di presidio tecnico-operativo della comunità regionale e nazionale per garantire una risposta sistematica a fondamentali diritti e interessi generali. L'obiettivo è quello di

strutturare sempre più nei Servizi Sanitari Regionali un attore che sappia tenere insieme i due elementi fondamentali di un sistema sanitario: solidarietà ed efficienza.

La responsabilizzazione nel perseguimento di più elevati livelli di efficienza è diretta sia ad assicurare un'effettiva "efficienza allocativa" delle risorse che sta alla base dell'intervento pubblico e delle politiche di welfare, sia a perseguire una forte "efficienza produttiva" su cui pongono l'accento le discipline aziendali e manageriali.

La possibilità dei Servizi Sanitari Nazionali di vincere la sfida di coniugare solidarietà ed efficienza, ossia la possibilità di ottenere un reale miglioramento, dipende dall'efficacia degli strumenti di governo della domanda e dell'offerta dei servizi sanitari e dai contro-poteri introdotti a favore dei cittadini-utenti contro i forti corporativismi che questo settore esprime. Le Autorità Regionali, il Direttore Generale e la dirigenza delle Aziende sono chiamati ad utilizzare sistemi incentivanti, informazioni, analisi, valutazioni che aiutano a ricercare e a trovare, tra le innumerevoli alternative possibili di organizzazione dell'attività, quelle che realizzano la migliore combinazione risultati-risorse. Sono, ad esempio, direttamente responsabilizzati sul numero e la complessità di malati acuti da ricoverare e riportare in un accettabile stato di salute, sul numero e l'efficacia degli interventi di prevenzione da effettuare e valutati in rapporto alle complicanze da evitare, sull'efficacia degli interventi di riabilitazione e su tanti altri aspetti che qualificano lo stato di salute di una popolazione. Poiché le regole e i principi generano i comportamenti voluti solo se alla base c'è un sistema convincente di motivazioni e di premi-sanzioni, diventa fondamentale per l'affermazione della logica aziendale il quadro dei "controlli" esterni ed il loro effettivo funzionamento. Spetta principalmente alla Regione rispondere della spesa e governare l'offerta con il proprio piano

sanitario e il sistema di accreditamento, in un settore in cui è l'offerta che sostanzialmente induce la domanda.

Le caratteristiche del sistema sanitario impongono che l'enfasi aziendale non sia squilibrata sugli aspetti di equilibrio economico-finanziario annuale, o di breve periodo, ma sui risultati sanitari, sulla rispondenza o meno ai fini istituzionali per cui l'Azienda è stata costituita.

*“Vale la pena riflettere oggi su come si persegue l'efficienza sanitaria senza cadere nella commercializzazione. È giusto puntare alla modernità restando però nel solco della tradizione umanitaria, che significa rispetto e solidarietà per il malato che soffre e ha bisogno di trovare nel medico un sostegno concreto”* (Carlo Maria Martini).

In sanità, più che in altri settori, risulta evidente una questione di fondo relativa alle difficoltà delle democrazie moderne di promuovere elevati livelli di convivenza sociale governando effettivamente i processi dell'economia di mercato ed il funzionamento dei servizi pubblici con la relativa spesa. Per quanto riguarda i grandi sistemi sociosanitari pubblici, ne va preso in considerazione il ruolo e non solo lo stato patrimoniale e l'indebitamento (che, d'altra parte, ne rappresenta una costante storica!). L'elemento forte intorno a cui costruire il sistema motivante dei vari professionisti ospedalieri è il paziente e il senso di appartenenza ad un'organizzazione, una azienda ad “Utilità Sociale”. La stessa fondamentale questione della qualità del servizio pubblico non può che essere affrontata e portata avanti in questa logica. Un profondo rispetto per il paziente è alla base dell'“etica” e della cultura del management ospedaliero e alla possibilità di dare sintesi e coerenza ai comportamenti di amministratori e medici. In questo è possibile cogliere la specificità di un lavoro che non può essere svolto in modo asettico e tecnocratico. Le

organizzazioni non esistono in sé, o meglio esistono nella nostra mente, nel nostro modo di guardare e di rappresentare l'interagire di più persone per uno stesso obiettivo. Questa affermazione è tanto più rilevante per un manager, un direttore a cui tocca di dar senso (quale direzione?) e significato (quale configurazione?) all'organizzazione.

Il bisogno salute visto dal buco della serratura dell'istituzione ospedaliera assume una dimensione sostanzialmente medicalizzata (medico - dipendente). Se invece guardiamo e presentiamo l'ospedale dal punto di vista del cittadino, della famiglia, della città e delle sue soggettività sociali, esso riveste, in primo luogo, un ruolo di speranza e di presenza rassicuratrice, e, in secondo luogo, di stazione specializzata a cui accedere per risolvere con efficacia un problema grave di salute. Come è noto il "mercato" sanitario è del tutto particolare: il consumatore-cittadino è "poco" informato (asimmetria informativa) e i decisori delle cure (della spesa), i medici, sono chiamati a rispettare contemporaneamente criteri clinici ed economici di "scienza e coscienza". Solo il 15% degli interventi medici è basato su solide evidenze scientifiche (B.M.J. 1995). Costruire l'immagine di un sistema sociosanitario nel terzo millennio significa avere consapevolezza della sua storia, della possibilità di continuare ad esistere se si rapporta con i servizi sanitari e sociali territoriali e se:

a) in relazione all'evoluzione etico-economica (la salute non ha prezzo ma dei costi), saprà darsi priorità ed obiettivi di efficacia oltre che regole per la competizione (responsabilità economica del management) senza deliri di onnipotenza (nella nostra società nessuno sembra più voler invecchiare e morire) e visioni trionfalistiche;

b) in relazione all'evoluzione sociale e sanitaria (incremento della popolazione anziana e delle malattie della civiltà), sarà un

sistema in rete (Medici di Medicina Generale, ospedale, Comune, ecc.).

Credo sia utile, oltre che indispensabile, attivare strumenti e procedure valutative dell'efficacia (e sull'appropriatezza delle prestazioni erogate) e dell'efficienza (risultato di gestione in termini di rapporto costi e ricavi).

## **1.1 IL SISTEMA DELLA SALUTE MENTALE**

La storia della psichiatria di ogni paese è molto legata alla sua realtà storica e politica. Qui di seguito vengono tracciate le linee storico-culturali fondamentali.

In Italia inizia con il 1860, quando raggiunta l'unità nazionale si cerca di superare le divisioni delle politiche sull'area della malattia mentale dovuta al frazionamento del territorio in differenti Stati. Negli ultimi 40 anni del 1800 la politica italiana era rappresentata da uomini importanti e sensibili all'area psichiatrica, come Livi e Verga, e nel 1870 si inizia a regolamentare la materia della psichiatria.

Nel 1870 inizia una lunga operazione di carattere legislativo che porta all'emanazione di una legge, approvata nel 1904, la quale assorbe tutte le normative locali in un unico quadro nazionale: il regio decreto Giolitti del 1904. Con questa norma si realizza in Italia in maniera organica un modello di assistenza psichiatrica ancora fondato sull'istituzione manicomiale.

Si affermano i manicomi come realtà immutabili, che non cambiano anche se la realtà sociale nella quale sono immersi si trasforma. L'ospedale psichiatrico ha dunque caratteristiche organizzative, strutturali e relazionali (rapporto medico-infermiere - paziente) particolari e assai diverse da quelle dell'ospedale generale. Anche a livello universitario la psichiatria sembrava essere un mondo a parte. Solo nel 1930 si uniscono gli studi di neurologia con quelli di psichiatria, ma bisognerà attendere il 1976 per l'autonomizzazione della psichiatria. Ancora negli anni Sessanta essere ricoverato nell'ospedale psichiatrico comportava l'iscrizione nel Casellario Giudiziario, la perdita di diritti fondamentali e l'impossibilità di accedere ad un pubblico impiego. Voleva dire essere "bollati" definitivamente come pericolosi. Intanto si

sviluppa la ricerca farmacologica e il movimento antistituzionale. Dopo la clorpromazina, capostipite degli antipsicotici, è la volta delle benzodiazepine negli anni Sessanta e degli antidepressivi nel decennio successivo. L'introduzione degli psicofarmaci nella cura delle malattie mentali inizia a consentire trattamenti fuori dai manicomi, finché da Gorizia si sviluppa il movimento guidato da Franco Basaglia che dà luogo a nuove radicali riforme nell'ambito dell'assistenza psichiatrica destinate a collegare il mondo psichiatrico alla realtà sociale.

*“Ogni persona ha il diritto-dovere di partecipare alla programmazione ed al miglioramento dell'assistenza sanitaria che riceve”.* Così recita la richiesta di Alma-Ata dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1978) la cui Divisione per la Salute Mentale considera possibile ed auspicabile che tutti gli utenti dei servizi psichiatrici siano chiamati ad esprimersi ed a migliorare le cure che ricevono.

Nel 1968 la legge Mariotti (Legge 431) definisce il numero dei letti, la presenza di personale in rapporto uno a tre (un operatore ogni tre pazienti), abolisce l'iscrizione nel Casellario Giudiziario, regola il ricovero volontario ed introduce la figura dello psicologo, almeno uno ogni ospedale psichiatrico e un assistente sociale. L'istituzione manicomiale non è più una realtà chiusa e isolata ma si apre all'esterno e l'assistenza psichiatrica entra nella sanità pubblica. Tuttavia, anche legge Mariotti in realtà non modifica sostanzialmente la struttura dell'ospedale psichiatrico sebbene nel mondo esistessero già esperienze di comunità terapeutiche fuori dal manicomio e tecnicamente molto avanzate.

Solo con la Legge 180 del 1978 (Legge Basaglia), integrata pochi mesi dopo nella Legge 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, la malattia mentale è considerata come le altre malattie e la competenza della relativa assistenza cessa di



essere in capo alle amministrazioni provinciali per entrare nella sanità generale.

L'organizzazione dell'assistenza psichiatrica può essere ripercorsa seguendo gli assi evolutivi che l'hanno caratterizzata: il progressivo passaggio dal paradigma della custodia, intesa come necessaria e proficua, al paradigma della cura, ritenuta possibile ed efficace; dal paradigma della incomprensibilità della follia al paradigma della comprensibilità della psicopatologia, ponendo attenzione alla natura ed alle dinamiche che la sostengono; dal paradigma della risposta aspecifica a quello del trattamento personalizzato e di dimostrata efficacia (EBMH Evidence Based Mental Health).

Il superamento degli ospedali psichiatrici avverrà in realtà solo con le leggi finanziarie degli anni Novanta quando verranno introdotti negli ospedali generali reparti dove possono essere ricoverati malati sia in regime volontario che obbligatorio. La 180 è una legge quadro che rimanda a gestioni regionali con obiettivi specifici e progetti obiettivi, e da essa scaturiranno progressivamente i diversi progetti obiettivi regionali e nazionali, con il rafforzamento dell'idea di assistenza sul territorio e di lavoro d'équipe in presidi differenziati per condizioni cliniche e caratteristiche strutturali, non più organismi passivi in attesa della domanda della società di neutralizzare la follia, ma organismi attivi per il perseguimento del benessere psichico personale e per il benessere relazionale della collettività.

I progetti obiettivi regionali e nazionali per la salute mentale (POR e PON) che verranno sviluppati tra gli anni Novanta e il duemila precisano obiettivi ed organizzazione dei servizi psichiatrici, sancendo il passaggio da un approccio di sanità e di cure individuali fondate sulla professionalità ad un approccio

di sanità pubblica, in cui sono introdotte normative a garanzia della qualità e della universalità delle cure.

Questo ha significato:

- una visione globale della popolazione considerando il contesto socioeconomico dei pazienti,
- la produzione di informazioni utili alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria individuale e a quella riferita alla popolazione,
- una visione sistemica delle componenti del servizio, favorendo l'universalità, l'equità e l'accessibilità dei servizi. La malattia viene considerata in una prospettiva a lungo termine/longitudinale/ del corso della vita,
- il costo/efficacia dei trattamenti è valutato anche rispetto alla popolazione,
- una visione del servizio in termini di strutture/programmi,
- la prospettiva del follow-up.

Il modello attuale di assistenza psichiatrica nel nostro paese è un modello di psichiatria di comunità in cui si muovono competenze e profili professionali diversi sull'asse prevenzione-terapia-riabilitazione-integrazione sociale.

Le strutture sono integrate nella sanità generale promuovendo una collaborazione con diversi altri ambiti quali medicina generale, consultori, cliniche universitarie, SERD, servizi per gli anziani, volontariato, quarto settore ecc. e soprattutto in cui viene (o dovrebbe essere) posto al centro il paziente-cittadino che il servizio sostiene nel suo percorso di un sempre maggior benessere personale.

Si è progressivamente spostato sia l'asse dell'attenzione politica e tecnica (dall'area dell'ordine pubblico all'area della medicina, dalla protezione della società e del malato alla promozione dell'integrazione sociale e della cittadinanza attiva) che il focus e la qualità dell'intervento (dall'ospedale al

territorio, dalla persona alle sue relazioni, dal paternalismo e assistenzialismo alla partecipazione e alla contrattualità). Nell'ultimo decennio la psichiatria italiana si è dovuta confrontare anche con la trasformazione delle politiche sociali e sanitarie sempre più orientate verso un mix di servizi pubblici e privati (welfare mix) e, più recentemente, secondo il principio di sussidiarietà, con la sempre maggiore attenzione alle risorse autocurative che la società contiene al suo interno (welfare community), dando sempre maggior spazio sia al mercato sia ai sistemi di cura informali.

Il modello attuale inoltre definisce in modo chiaro il coinvolgimento dei famigliari assumendo una concezione della malattia che considera la complessità della realtà biologica, psicologica e sociale e sviluppa in modo significativo il campo dottrinale della riabilitazione.

Per questo nei servizi si stanno innestando profili di cura (ad esempio consulenza, assunzione in cura, presa in carico) e programmi specifici per diagnosi (per esempio psicosi all'esordio, disturbi alimentari), per età o provenienza (per esempio adolescenti, anziani, stranieri) o per problemi (esclusione sociale/promozione delle reti naturali, disoccupazione/formazione ed inserimento lavorativo, passività/empowerment).

Nella popolazione generale è presente una quota di disagio psichico che si traduce in alcuni casi in un vero e proprio disturbo psichiatrico. I soggetti che presentano tali disagi o disturbi spesso o per lungo tempo non cercano aiuto. Accade pertanto che il soggetto non si rivolga nemmeno al medico di medicina generale (MMG) o, se vi si reca, porti altri disturbi, somatici o sociali che rendono difficile per il medico il riconoscimento della psicopatologia. Può inoltre accadere che la patologia psichica, pur riconosciuta, non solo non sia oggetto di invio, ma nemmeno venga trattata dalla medicina generale o

che molti utenti bypassino il MMG per rivolgersi direttamente al servizio psichiatrico. Si configurano pertanto una serie di situazioni che danno conto della complessità e variabilità dei quadri e della difficoltà di disegnare percorsi lineari.

Negli anni '80 un noto epidemiologo inglese ha cercato di rappresentare tale percorso con uno schema tuttora valido, lo Schema di Goldberg e Huxley (1980). È uno schema con 5 livelli e 4 filtri che indica il percorso più comune che le persone con disturbi psichici possono seguire, in paesi nei quali esistano un Sistema Sanitario Nazionale ed una medicina di base ben sviluppata, per giungere ai servizi specialistici.

Le antiche funzioni delle diverse figure professionali erano sommariamente le seguenti: lo psichiatra che definisce la diagnosi ed imposta il trattamento, lo psicologo che effettua test e psicoterapie, l'assistente sociale che effettua interventi di carattere socioeconomico, l'educatore/riabilitatore che stimola le parti sane perché funzionino meglio, l'infermiere che si occupa della assistenza sanitaria del paziente. Attualmente i ruoli sono più complessi e più interdipendenti, al fine di concorrere a quella integrazione professionale che soprattutto nelle patologie gravi è condizione indispensabile per l'efficacia del trattamento. L'attuale articolazione può essere quindi rivolta al paziente ma è intesa anche rivolta all'équipe.

Quest'ultima è definibile come un piccolo gruppo di persone di attitudini complementari che lavorano insieme in modo interdipendente verso un obiettivo comune. All'interno della équipe terapeutica, ed a garanzia del suo funzionamento, è possibile individuare i seguenti principi:

- l'unitarietà dei trattamenti: sanitario, riabilitativo, risocializzante e l'inserimento lavorativo,
- la continuità del percorso diagnostico – terapeutico – riabilitativo,
- la disponibilità e diversificazione dei servizi,

- la possibilità di uno stretto collegamento con la comunità.

L'équipe terapeutica interagisce a sua volta con una serie di soggetti che partecipano al processo di trattamento verso obiettivi di benessere e di miglioramento dell'integrazione sociale e della qualità della vita. Numerose sono le difficoltà di integrazione tra l'équipe psichiatrica specialistica ed altre agenzie di cura e di supporto sociale, ma alcune condizioni per realizzare tale integrazione sono:

- una precisa definizione dei ruoli e delle funzioni,
- la disponibilità/capacità ad identificazioni plurime,
- considerare l'integrazione un processo e non una finalità, accettare rapporti paritetici (uguali poteri ad ogni servizio), mirare all'efficacia prima che alla efficienza,
- considerare prioritario il rapporto fra operatori rispetto a quello con il paziente.

La riforma dell'assistenza psichiatrica seguita all'applicazione della legge 13 maggio 1978, n. 180, come recepita dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, ha rappresentato oltre quarant'anni fa un avanzamento di rilievo, originale e coraggioso, incentrato sull'essere umano e la sua dignità, che sembra purtroppo essersi in parte arenato di fronte a svariate difficoltà. Il sistema pubblico italiano di assistenza in salute mentale, tra i più importanti del mondo, ha forti differenze geografiche di attuazione e di risorse finanziarie, di strutture e di personale disponibile; anche all'interno di una stessa regione vi sono spesso realtà locali molto differenti, sia di strutture sia di personale. Ciononostante, si può sostenere che, pur sotto sforzo, nel complesso il sistema dell'assistenza territoriale relativo alla salute mentale abbia comunque compiuto in questi quarant'anni grandi passi avanti rispetto al precedente assetto "manicomiale".

Vi è stato un innegabile successo nell'eliminazione di istituzioni totali come i manicomi e nella realizzazione di una rete assistenziale regionale territoriale, diversamente funzionante a seconda di vari fattori ma comunque presente, che ha posto l'Italia in una posizione di avanguardia nel mondo. Tuttavia, molti ritengono che all'impianto e all'impegno degli operatori sanitari in tutti questi anni non sia sempre corrisposta una messa a disposizione di mezzi e strumenti per perseguire e raggiungere gli obiettivi previsti e desiderati. Si potrebbe anche aggiungere che negli ultimi decenni vi sono stati cambiamenti sociali, epidemiologici, psicopatologici e dei bisogni che hanno messo in difficoltà disposizioni di legge "pensate" per realtà di quasi mezzo secolo addietro. Tra questi cambiamenti figurano, solo per citare i principali, la complessità delle grandi aree metropolitane rispetto a quella di una città di dimensioni contenute; il fenomeno immigratorio; la massiccia crescita nell'utilizzo di sostanze e nella prevalenza di disturbi psicopatologici da esse indotti; le modificazioni del profilo di responsabilità del clinico in medicina; l'introduzione di complesse normative sulla sicurezza, il trattamento dei dati, il consenso alle cure.

Fino circa al 2000, il sistema era sotto sforzo ma ancora in equilibrio; dopo la crisi economica, l'incremento dei pazienti stranieri e di quelli fuori bacino d'utenza ha, almeno in alcuni territori metropolitani, posto il sistema sotto forte stress che spesso si ripercuote negativamente sui malati, sulla qualità dell'assistenza, sulle famiglie e sugli operatori stessi.

La legislazione sulla salute mentale e l'organizzazione delle relative strutture sanitarie è giustamente centrata sulla cura e tesa a curare, ma molti si chiedono se sia prevista la possibilità che un paziente non benefici di un sostanziale miglioramento nonostante diversi progetti terapeutici e tentativi di cura. Decorsi di questo genere si osservano nella realtà clinica, il che

peraltro non sorprende, considerando che, anche nell'universo rarefatto degli studi clinici controllati, con pazienti selezionati e collaborativi seguiti in condizioni prossime all'ideale, una quota non trascurabile di pazienti non risponde, o risponde solo parzialmente, sia agli psicofarmaci sia alla psicoterapia e ai trattamenti psicosociali e riabilitativi. Questo significa che anche disponendo della migliore competenza clinica, anche seguendo linee guida, una quota di casi non risponderà al trattamento e un'altra non otterrà una piena remissione sintomatologica, che si utilizzino la psicofarmacoterapia o gli interventi non farmacologici. Per questi ultimi la quota d'insuccesso, quantomeno nella pratica del lavoro nei servizi, è forse ancora più elevata, poiché rispetto al trattamento psicofarmacologico richiedono maggiore motivazione, disponibilità e partecipazione attiva del paziente alle cure.

Se in alcuni casi il paziente può migliorare molto poco, in altri casi può non migliorare affatto; in alcuni può addirittura peggiorare senza che ciò sia attribuibile a errori terapeutici, sebbene questa sia un'evenienza possibile che va sempre attentamente considerata in ogni caso che presenti un decorso sfavorevole. Ci si potrebbe chiedere come mai si debba ritenere che la psichiatria sia diversa dagli altri campi della medicina, dove si concede la possibilità che una patologia di per sé peggiori spontaneamente, o abbia un decorso e una prognosi sfavorevoli nonostante le cure. In psichiatria, il concetto di prognosi pare poco o nulla utilizzato come se ignorarlo potesse nascondere il problema posto dai casi a decorso sfavorevole.

La relativa scarsità di risorse dedicate alla salute mentale in Italia rispetto ad altre nazioni industrializzate è certamente un elemento di preoccupazione e che potrebbe essere oggetto di interventi di sistema utili a migliorare le condizioni di lavoro degli operatori del settore.

Tuttavia, vorrei qui porre l'attenzione su altre questioni di natura non economica o materiale. Per un educatore/riabilitatore lavorare bene è difficile in un mondo dove un gran numero di persone, ingannate dall'apparente somiglianza del linguaggio della psicopatologia con quello della conversazione comune, ritengono di poter mettere bocca a vario titolo su questioni complesse legate alle pratiche terapeutiche-riabilitative ed educative e al decorso dei disturbi mentali. È anche difficile se ci si trova quotidianamente intrappolati in situazioni simili a un doppio legame, in cui qualunque scelta sarà sbagliata poiché erroneamente concettualizzata e giudicata nell'ambito di una rigida dicotomia tra prevaricazione del paziente e mancata protezione dello stesso.

È necessario che vengano ridotte le talora onnipotenti aspettative, implicite o esplicite, nei confronti del suo operato, e che le sue responsabilità, alle quali certo l'educatore/riabilitatore non vuole sottrarsi, siano proporzionate alle situazioni e valutate anche secondo buon senso.

La psichiatria, che, per certi versi, data la sua mancanza di indagini di laboratorio e strumentali dirimenti, avrebbe dovuto essere la branca più clinica della medicina, sta invece perdendo drammaticamente proprio la sua dimensione clinica. La clinica richiede tempo e riflessione, *observatio et ratio*: un tempo che i professionisti contemporanei sembra che non abbiano più.

Il lavoro sembra sia solo ed esclusivamente polarizzato sul quotidiano.

Ho incontrato educatori/riabilitatori veramente molto esperti i quali mi hanno confessato che in molti anni di intenso lavoro sul campo non hanno mai letto uno, un solo articolo delle decine pubblicati in ambito educativo/pedagogico/riabilitativo. Cionondimeno essi hanno fatto egregiamente il loro lavoro.

Negli ultimi 40 anni si è passati dalla reclusione manicomiale alla gestione territoriale: l'imbuto in cui è finita la rivoluzione



psichiatrica è la gestione. Contano i contenitori logici, le strutture, anche se vuote, anche se funzionano al minimo, anche se finte o su carta.

L'educatore/riabilitatore si carica di responsabilità enormi, dove i pazienti sono di carne ed ossa e puzzano di umano, della peggiore umanità, si suicidano, uccidono, si perdono, si drogano, si scompensano o, semplicemente, si trascinano giorno dopo giorno nella non vita che la cronicità della malattia gli riserva.

Se avesse la possibilità di parlare, questo professionista, se qualcuno lo ascoltasse e se lui/lei fosse in grado di far udire la sua voce, si potrebbe meglio comprendere che egli/ella esiste. Questo professionista deve trascorrere il suo tempo solo e sempre a lavorare, sentire, oltre ai deliri dei pazienti, quelli dei suoi colleghi furbi e/o negligenti. Egli si ritrova, senza esserlo, a fare lo psicologo, l'assistente sociale e il sociologo: uno, nessuno e centomila. L'educatore/riabilitatore è buono per tutte le stagioni, per tutte le occasioni, per tutti quegli esseri umani che non trovano cittadinanza da nessuna parte: è lui l'ultimo erede del famoso modello biopsicosociale di cui non parla più nessuno. E non può mettere nessun trattino tra le varie specifiche. Credo che molti di questi professionisti siano eroi senza pari: in tanti anni di lavoro sul campo e di formazione ho imparato ad avere grande ammirazione di questi colleghi dallo sguardo rassegnato e senza più la forza di protestare. Talvolta ho il dubbio che sulla pelle degli operatori del quotidiano poggi tutta la progettualità difficile, ovvero quella che coinvolge direttamente i pazienti e le loro famiglie. Chi scrive non condivide le generalizzazioni e le valutazioni catastrofiche sui servizi pubblici, sono però d'accordo invece sulla crisi che questi stanno attraversando e sulla necessità di un loro profondo ripensamento, che passa attraverso la

ridefinizione del loro ruolo, la strutturale riorganizzazione e la loro effettiva messa in rete con gli altri servizi.

Secondo l'OMS la salute mentale è *"uno stato di benessere nel quale la persona può realizzarsi, superare le tensioni normali della vita, svolgere un lavoro produttivo e fruttuoso e contribuire alla vita della sua comunità"*.

Per contro la cattiva salute mentale comprende i disturbi mentali, le disfunzioni associate allo stress e le demenze suscettibili di costituire l'oggetto di una diagnosi come la schizofrenia o la depressione, ecc. La salute mentale e il benessere mentale di una persona sono fondamentali per la qualità della sua vita, incidono sulla produttività degli individui, delle famiglie e delle comunità.

Il processo psicotico produce disabilità che può essere così differenziata: disabilità primaria, secondaria e terziaria, vissuti negativi, difficoltà relazionali, autolimitazione, emarginazione, riabilitazione, risocializzazione.

La riabilitazione psichiatrica rappresenta oggi un punto cardine nelle strategie di trattamento della malattia mentale. Essa si è andata delineando e legittimando sempre più nel corso di questi anni in seguito ai cambiamenti del panorama psichiatrico avvenuti dagli anni '70, quali la progressiva deospedalizzazione psichiatrica, l'affermazione di una coscienza comunitaria dell'assistenza psichiatrica, l'aumento della coscienza dei diritti del malato, la nascita di associazioni di familiari e utenti, il Codice Deontologico e l'Albo degli Educatori. Si aggiunga a ciò la caduta del pregiudizio scientifico sulla inguaribilità della malattia mentale come dimostrano importanti studi longitudinali sull'evoluzione della malattia che ne hanno dimostrato l'estrema variabilità del decorso. In tale contesto la riabilitazione psichiatrica che nasce nelle pieghe della vita manicomiale come intrattenimento estemporaneo e senza progetto fondandosi sui grandi assi della

pietà e della carità, è entrata progressivamente a far parte della cultura e della operatività psichiatrica ridefinendosi come l'insieme degli interventi tesi a diminuire la quota di disabilità e di handicap (inteso come lo svantaggio sociale derivato dalla condizione di disabilità) ed a favorire il reinserimento sociale del paziente. Nel processo di presa in carico di un paziente psichiatrico è importante riconoscere bene la distinzione tra i termini riabilitazione e risocializzazione che implicano modalità di interazione diverse tra paziente e professionista.

Le risorse del FSR (Fondo Sanitario Regionale) destinate alla salute mentale vengono indirizzate ai soggetti erogatori accreditati pubblici e privati attraverso la remunerazione delle prestazioni tariffate dalle circolari regionali 28/san (21 ottobre 1996) e 46/san (26 agosto 1998), la remunerazione degli episodi di ricovero ospedaliero per DRG <sup>4</sup> sulla base delle SDO

---

<sup>4</sup> Il Diagnosis-Related Group (abbreviato DRG), in italiano raggruppamento omogeneo di diagnosi, è un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o day hospital) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate (isorisorse). Tale aspetto permette di quantificare economicamente tale assorbimento di risorse e quindi di remunerare ciascun episodio di ricovero. Una delle finalità del sistema è quella di controllare e contenere la spesa sanitaria. Il DRG viene attribuito a ogni paziente dimesso da una struttura ospedaliera tramite un software chiamato *DRG-grouper* mediante l'utilizzo di poche variabili specifiche del paziente: età, sesso, tipo di dimissione, diagnosi principale, diagnosi secondarie, procedure/interventi chirurgici. Tali variabili sono utilizzate dal software "DRG-grouper" a seguito della compilazione, da parte del medico responsabile della dimissione, della SDO presente in tutte le cartelle cliniche dei dimessi dalla struttura ospedaliera e inserita in un tracciato informatizzato che viene sistematicamente inviato alla Regione di appartenenza e conseguentemente al Ministero della Salute.

(Schede di Dimissioni Ospedaliere) relative alle strutture pubbliche e private accreditate, il pagamento a giornata per i ricoveri in strutture residenziali. Inoltre, vengono destinate alla salute mentale le risorse del FSR relative al fondo per la remunerazione delle prestazioni sanitarie a favore dei pazienti dimessi dagli ex-OP. In aggiunta, attraverso fondi ministeriali, vengono finanziati specifici progetti per l'assistenza psichiatrica quali il progetto *“Due interventi per la salute mentale nella città di Milano”* (nell'ambito del progetto Riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria della città di Milano, ex art. 71 legge 448), e il progetto *“Individuazione precoce dei disturbi mentali – valutazione degli interventi terapeutico-riabilitativi”* (progetti per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, art 1 legge 662/1997), ecc.

Nell'attuale contesto di rigore economico, è importante considerare che le risorse disponibili devono essere utilizzate in favore di modelli di assistenza che garantiscano attività efficaci ed efficienti nel breve periodo e che consentano di ridefinire l'utilizzo delle risorse verso nuovi modelli organizzativi sul medio-lungo periodo. Nella stessa logica si può comprendere che lo stanziamento di risorse aggiuntive per sostenere gli obiettivi contenuti nel presente piano, in un contesto di rigore economico, siano destinate a implementare modelli organizzativi innovativi, in una logica progettuale che consenta la valutazione delle attività e dei risultati. Lo stanziamento di risorse aggiuntive per sostenere gli obiettivi del Piano

---

Il sistema dei DRG si basa fundamentalmente su un sistema di diagnosi (ed eventuali procedure associate), omogenee per assorbimento di risorse.

Regionale Salute Mentale viene definito nel provvedimento della Giunta Regionale di approvazione del Piano stesso.

A partire dal 2019 le ATS potranno utilizzare una quota, fino ad un massimo del 10%, della spesa extracontratto 43San (valori di assegnazione 2018) per contrattualizzare prestazioni aggiuntive rispetto all'attuale o per integrare il budget di strutture il cui valore di contratto non copra tutti i posti contrattualizzati. Si ribadisce che le risorse eventualmente contrattualizzate dalle ATS si intendono trasferite dalla assegnazione per spesa extracontratto a quella per prestazioni sanitarie a contratto, e quindi tale operazione comporta necessariamente il contemporaneo abbattimento del tetto di spesa extracontratto della cifra equivalente.

Come stabilito dalla delibera regionale n. XI/491 del 2/8/2018 le ASST del SSL sono chiamate ad assicurare la completezza del dato, la qualità dello stesso, la tempestività nell'invio e la coerenza complessiva tra i diversi flussi informativi. Tale attività permetterà di garantire una puntuale coerenza tra le informazioni derivanti dai flussi informativi e i dati contabili iscritti nei bilanci aziendali. Al fine di garantire le attività di chiusura del bilancio. Il rispetto della tempistica costituisce un adempimento fondamentale a garanzia dell'accesso alle risorse aggiuntive del Servizio Sanitario Nazionale da parte delle Regioni nell'ambito della verifica degli adempimenti LEA. Il sistema informativo psichiatrico della Regione Lombardia

(PSICHE)<sup>5</sup> rileva i dati relativi ai pazienti e alle attività erogate dai servizi psichiatrici.

Una rilevazione condotta nel corso del 2003 dalla Direzione Generale Sanità - Regione Lombardia indica che sul territorio lombardo insistono: 101 Centri Psicosociali (CPS), 56 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) con un totale di 820 posti letto, 67 Centri Diurni (CD) con una disponibilità di 983 posti, 44 Centri Residenziali di Terapia riabilitativa (CRT) con un totale di 683 posti letto e 116 Comunità Protette (CP) con un totale di 951 posti letto.

Dal 1995 al 2003 a fronte di una relativa stabilità del numero di CPS e del numero dei posti letto in SPDC, si è avuto un graduale aumento dei posti di semiresidenzialità e dei posti letto in CRT, ed una forte crescita dei posti in Comunità Protetta che sono passati dai 243 del 1995 ai 951 del 2003.

Le strutture psichiatriche rispondono anche a dei criteri demografici quali: CPS ogni 78.000 abitanti maggiori di 14 aa • 1 posto letto in SPDC ogni 9.700 abitanti maggiori di 14 aa • 1 posto letto in SR pubbliche ogni 5.100 abitanti maggiori di 14 aa • 1 posto semiresidenziale ogni 8.000 abitanti maggiori di 14 anni.

Secondo alcuni dati della regione Lombardia, risalenti al 2001 (e a tutt'oggi non ci sono state significative modificazioni), solo

---

<sup>5</sup> Psiche è un registro informatizzato di servizio che consente la rilevazione delle caratteristiche epidemiologiche dell'utenza dei servizi psichiatrici e il monitoraggio delle prestazioni erogate con una registrazione dei contatti centrata sull'utente durante tutto il percorso di cura. La diagnosi è formulata in base ai raggruppamenti diagnostici proposti dalla decima revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e Comportamentali dell'OMS (ICD 10)

il 10% è riconducibile ad attività di riabilitazione e risocializzazione.

Per quanto riguarda nello specifico i CPS le attività di riabilitazione risultano essere il 3 % e quelle di risocializzazione il 7 %..

Riguardo ai pattern di trattamento, il 41% degli utenti dei CPS riceve meno di 4 interventi nel corso dell'anno, il 31% riceve tra 4 e 10 interventi, il 14% tra 11 e 20 interventi e solo il 15% riceve più di 20 interventi.

Da una lettura di questi dati sembra emergere una scarsa progettualità nell'erogazione dei percorsi di assistenza e alcune evidenze sostengono tale ipotesi: gli interventi al domicilio rappresentano solo il 9% degli interventi erogati dai CPS. Il 65% degli interventi erogati dai CPS è costituito da visite specialistiche, solo il 6% è costituito da interventi rivolti alla famiglia, solo il 5% è costituito da interventi di supporto, solo il 10% è costituito da interventi di riabilitazione/risocializzazione.

Questi pattern di attività sembrano riconducibili a una insufficiente differenziazione della domanda e ad una insufficiente responsabilizzazione rispetto ai percorsi di cura per i soggetti affetti da disturbi psichici gravi. In ogni caso, tale situazione genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti. La situazione attuale sembra indicare che, nei disturbi psichici gravi, si interviene in modo aspecifico nelle fasi più critiche della malattia, quando sarebbero possibili interventi per contrastare l'evoluzione cronica, e si opera invece in modo massiccio durante le fasi successive, per contrastare una cronicità ormai instaurata, con interventi incerti dal punto di vista dell'efficacia e dispendiosi per la collettività.

Da alcuni anni i provvedimenti di riordino del SSN e del SSR hanno introdotto un modello di aziendalizzazione nel quale

criteri di efficienza ed efficacia si sono sostituiti alla logica della spesa storica e del pagamento a piè di lista. Anche la psichiatria si è confrontata con la complessità delle regole aziendali ed ha accettato la sfida della riorganizzazione delle proprie attività. L'attuale sistema di remunerazione delle attività psichiatriche è fondato sui seguenti criteri:

- sistema di remunerazione DRG per episodi di ricovero in SPDC;
- tariffe del nomenclatore tariffario nazionale per le prestazioni specialistiche ambulatoriali (circolare 28/san del 21 ottobre 1996) e tariffe specificamente elaborate dalla Direzione Generale Sanità per le prestazioni di attività territoriale e riabilitative non valorizzate dal tariffario nazionale (circolare 46/san del 26 agosto 1998);
- tariffe per giornata di degenza o semi-residenza per le attività dei CRT, Strutture Residenziali e Centri Diurni;
- ulteriori norme per la valorizzazione delle prestazioni psichiatriche (circolare 21/san del 22 marzo 1999).



## **II CAPITOLO**

### **LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA: PERCHE' E' IMPORTANTE PARLARE DI QUALITA', ANALISI DEI PROCESSI E RELATIVI COSTI**

Il processo riabilitativo è finalizzato a contrastare la disabilità e si declina attraverso una mediazione continua e progettuale fra: bisogni, desideri, necessità, diritti civili e assistenziali, abilità, limitazioni. Questi possono essere misurati e valutati attraverso:

efficacia attesa (efficacy) - capacità potenziale di un certo intervento, applicato in condizioni ottimali, di modificare in modo favorevole le condizioni di salute delle persone a cui è rivolto;

efficacia pratica - (effectiveness) risultati ottenuti dall'applicazione dell'intervento in condizioni routinarie.

A partire da queste dimensioni della qualità e assumendo il punto di vista dei professionisti, si può convenire che la qualità nell'operare e il miglioramento di questa qualità costituiscono una aspirazione costante degli operatori dei servizi, che perseguono obiettivi di valorizzazione della propria identità

professionale. La procedura che assicura la qualità del servizio e promuove il suo miglioramento è quella della valutazione delle proprie pratiche e dei risultati che da quelle si ottengono. La valutazione è un'attività di analisi e comparazione di ciò che si ha (Struttura) e ciò che si dovrebbe avere, tra ciò che si fa (Processo) e ciò che si dovrebbe fare, tra ciò che si ottiene (Esito) e ciò che si dovrebbe ottenere. Struttura, processo ed esito sono pertanto gli assi su cui valutare la qualità. Una buona sintesi delle interazioni tra gli assi della qualità ed i loro concreti ambiti di esame è data dal seguente prospetto. La valutazione è dunque una comparazione tra dati di partenza e dati di arrivo, aspettative e risultati, attese e realtà.

La valutazione si svolge su più ambiti e su più tempi e per poter effettuare questo confronto è necessario essere in grado di descrivere la realtà attraverso informazioni oggettive e riproducibili e formulare le attese attraverso una definizione dei criteri e degli standard di qualità. Questi rappresentano gli strumenti che consentono alla valutazione di descrivere sia la realtà che le attese, ovvero a che punto si è in termini di qualità rispetto a quanto si vorrebbe. Gli indicatori sono informazioni descrittive espresse in termini numerici o con l'assenza/presenza del requisito. I criteri/requisiti sono informazioni e misure teoriche di riferimento, che esprimono la buona qualità. Gli standard sono i limiti di applicabilità dei valori degli indicatori che descrivono la buona qualità. La valutazione di qualità consente di migliorare il servizio o la propria prestazione professionale in un continuum che va sotto il nome di MCQ (Miglioramento Continuo della Qualità), esemplificato in una successione denominata circolo della qualità, ovvero PDCA (Plan, Do, Check, Act ) in cui la progettualità (plan) che viene realizzata (do) viene valutata (check) in modo da operare migliori scelte successive (act) e poi ripartire con una progettualità sempre più ambiziosa. Traducendo in italiano si

può dire che pensiero-azione- valutazione si rincorrono in continuazione sulla base della realtà e degli obiettivi, dei vincoli e delle possibilità. I temi della valutazione e del miglioramento di qualità furono introdotti nella legislazione italiana una decina di anni fa, in occasione della riforma sanitaria dell'inizio degli anni '90.

Nei DD.LL. 502/92 e 517/93 si dispose

*“.....l'instaurazione di nuovi rapporti fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulle modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione di sistemi di verifica e revisione di qualità delle attività e delle prestazioni.....”.*

In questo modo il sistema della remunerazione delle prestazioni venne agganciato alla loro qualità e al riconoscimento di credito delle istituzioni erogatrici dei servizi. Inoltre, si introdusse il principio della verifica della qualità

*“.....allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità ..... delle prestazioni.....”;*

si attribuì alle Regioni il compito di verificare

*“.....il rispetto dei requisiti minimi e la classificazione delle strutture erogatrici, con particolare riguardo alla introduzione e utilizzazione di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni.....”.*

A queste disposizioni hanno fatto seguito provvedimenti legislativi nazionali e, successivamente, disposizioni regionali, che hanno dato indicazioni circa i requisiti di qualità che le strutture e l'organizzazione sanitaria sono obbligati a mantenere per poter fare parte della rete di servizi sanitari con

finanziamento pubblico. Tali normative hanno definito a livello nazionale i requisiti minimi per il funzionamento delle strutture sanitarie. Ciascuna Regione ha la facoltà di individuare ulteriori requisiti aggiuntivi, fatta salva l'obbligatorietà di corrispondere agli standard minimi nazionali. Requisiti minimi e requisiti aggiuntivi costituiscono il presupposto necessario perché una certa struttura sanitaria ottenga non solo l'autorizzazione, necessaria per l'esercizio di attività sanitarie, ma anche l'accreditamento, necessario perché dette attività vengano remunerate come prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale. La qualità della cura è data dalla misura in cui gli interventi sanitari prestati aumentano la probabilità di ottenere i risultati attesi a livello individuale o di popolazione, secondo le possibilità offerte dalle conoscenze disponibili e all'interno dei vincoli rappresentati dalle risorse disponibili.

Ma che cos'è salute mentale? Non è semplice e forse neppure possibile dare un'esauritiva definizione di che cosa sia salute mentale, per almeno due ordini di ragioni: in primo luogo perché il benessere mentale è determinato da un ampio ventaglio di fattori in continuo mutamento, da quelli biologici a quelli sociopolitici, da quelli psicologici a quelli ambientali e addirittura storici; in secondo luogo perché attiene alla singolare esperienza di vita di ogni persona. Per altro, la condizione di benessere mentale non è omologabile ad assenza di malattia. La salute mentale può essere considerata come la capacità di stabilire relazioni appropriate e soddisfacenti; adottare comportamenti adeguati nei differenti contesti; far fronte ai cambiamenti che si susseguono nell'arco della vita. Una perdita momentanea o prolungata, lieve o intensa, di queste capacità può generare differenti condizioni di disagio, che possono condurre al disturbo mentale conclamato: viverlo comporta alterazioni del pensiero, dell'emotività e dell'umore in una dimensione di costante ricorsività, con conseguenti

sintomi e comportamenti che variano nel corso del tempo e da soggetto a soggetto. La persona che gode di un adeguato stato di salute riesce a contenere e circoscrivere in azioni e comportamenti utili quella stessa mutevolezza di pensiero, emotività e umore. In molti casi, ad esempio la persona percepisce questo stato come qualcosa di interno alla sua storia; altre volte legato agli altri. In tutti i casi, la transitorietà da una condizione di benessere a disagio e a disturbo, condiziona la vita delle persone, il modo di vivere e interagire col mondo.

Vivere una condizione di normalità non significa allo stesso tempo godere di buona salute mentale. Essa ha a che vedere con la norma, vale a dire il modo in cui, in virtù di precise regole o consuetudini sociali, solitamente i soggetti si comportano e agiscono. Come già affermato da Laing nel 1955, il normale va inteso quale forzato adattamento alla realtà, alle sue mode e ai suoi usi. Per altro, non è infrequente che questa forzatura sia di per sé stessa causa di infelicità e d'impossibilità di vivere uno stato di intimo benessere. Si può dire che ogni epoca ha il suo normale e il suo diverso, dove per diverso spesso s'intende erroneamente il patologico.

In forza di queste precisazioni e considerando in quante infinite circostanze si manifesta il disturbo mentale, si può meglio intuire come mai non ci possa essere un'unica definizione di salute mentale: il disturbo mentale infatti accade in una singolare e irripetibile convergenza di fatti e fattori molteplici, diversi e diversamente presenti nel corso del tempo. Come affermato dallo psichiatra Dell'Acqua nel 2010, noi siamo anche debitori al nostro assetto genetico e somatico e tuttavia acquista un valore prevalente quello che ci accade in termini economici, sociali, relazionali e culturali nel corso della vita...

Basti pensare a ciò che è accaduto attorno all'omosessualità: è stata considerata a tutti gli effetti un disturbo mentale fino alla

metà del settanta, oggetto di studio e di trattamento delle psichiatrie spesso violente e oggettivanti. I cambiamenti sociali, politici e culturali che si sono susseguiti successivamente hanno prodotto un arretramento della psichiatria e l'arrivo sulla scena con pieno diritto delle persone con diversi orientamenti sessuali. Così è stato anche per una moltitudine di scelte e comportamenti, che un tempo assoggettati allo sguardo diagnostico, sono oggi rientrati nell'ambito delle relazioni accettate, allargando quindi di molto i confini della salute mentale. Questa dilatazione non si sarebbe compiuta senza i grandi mutamenti politici e il contributo di filosofi, sociologi, antropologi, psichiatri e intellettuali di vario rango che hanno intravisto nel disagio mentale un'esperienza esistenziale, dove la soddisfazione dei bisogni, da quelli primari a quelli radicali, ha un ruolo preponderante nel perdere o mantenere il benessere mentale. Il lavoro critico intorno alle psicologie, alle psichiatrie e più in generale alle pratiche riabilitative, con i conseguenti processi di deistituzionalizzazione consumatisi tra gli anni '60 e '70 del secolo scorso hanno anch'essi contribuito a costruire e allargare un'immagine nuova di salute mentale, che mentre garantisce le più singolari esperienze di vita, non può non stimolare cambiamenti e attenzioni nell'intera comunità. La dichiarazione di Helsinki del 2005, nel motto "*non c'è salute senza salute mentale*", aprì di fatto a questa nuova prospettiva storica. Nella Dichiarazione sottoscritta dai Ministri della Sanità di 53 Stati membri e dall'OMS si riconobbe che la salute e il benessere mentale sono fondamentali per garantire la qualità della vita delle famiglie e delle intere nazioni, consentono di dare un significato singolare alla vita e di essere cittadini attivi e creativi. Per la prima volta si riconobbe che la prevenzione e il trattamento dei problemi mentali dovevano essere una priorità e si richiese a tutti gli Stati membri

d'intraprendere azioni necessarie per favorire il benessere mentale e alleviare il carico dei problemi di quanti vivono l'esperienza, talvolta drammatica, del disturbo mentale. Negli ultimi anni, il radicamento dei processi di deistituzionalizzazione, che hanno trovato un universale riscontro nella Dichiarazione di Helsinki, tanto da diventare indicazioni e linee guida per i governi di tutto il mondo, ha permesso di rivedere i pregiudizi sull'inguaribilità dai disturbi mentali, sulla pericolosità, sull'incomprensibilità e sulla cronicità. L'enfasi su salute mentale piuttosto che su psichiatria, malattia e anormalità ha aperto la possibilità per tutte le persone di poter vivere una condizione di sofferenza, di disagio, di disturbo, senza mai perdere la continuità con la propria vita, le proprie relazioni, le proprie aspettative.

Il progressivo abbandono delle istituzioni e l'evoluzione del lavoro psichiatrico, meglio di salute mentale, hanno visto le pratiche contaminarsi con altri saperi in un'estensione territoriale della cura e del sostegno alle persone. La riabilitazione calata nella concretezza della vita quotidiana ha potuto abbandonare progressivamente il riferimento al paradigma medico, per assumere la dimensione di un impegno a garantire prima di tutto i diritti dei soggetti. Per questo non è possibile affrontare la teoria e la pratica della riabilitazione se non considerando che in passato e troppo spesso oggi la psichiatria stessa (trattamenti, percorsi di cura, diagnosi) produce inabilitazione, sottrazione e stigma. La riabilitazione, meglio definita come abilitazione, in quanto riferita a percorsi di crescita ulteriore, non può che considerare il diritto di cittadinanza, l'ambito dove il cittadino, la persona, il soggetto può trovare il luogo reale per intravedere possibilità di appropriazione della sua dignità e della singolare diversità che esprime.

Con il D. legisl. 347 del 19 settembre 2001, convertito in L. n. 405/2001, i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) entrano in vigore in tutte le regioni. Si compie, così, un ulteriore passo verso la razionalizzazione dell'impiego delle risorse e verso l'appropriatezza delle prestazioni. Essi sono classificati in assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; assistenza distrettuale ivi compresa quella farmaceutica e quella ospedaliera. Essi rappresentano uno strumento sufficientemente flessibile sulla base del quale le regioni potranno utilizzare al meglio le risorse messe a disposizione dallo Stato ed assumere la responsabilità finanziaria e gestionale che l'accordo dell'agosto 2001 aveva loro affidato. Uno dei temi centrali, nel prossimo decennio, sarà quello di favorire lo sviluppo di una cultura dell'auto-valutazione come propedeutica alla cultura dell'etero-valutazione. Una delle caratteristiche dei servizi psichiatrici nati dopo la L. n. 180 è stata quella di essere legati a contesti locali che ne hanno influenzato profondamente l'identità. Questo che all'inizio poteva essere considerato un valore, con il passare del tempo si è dimostrato anche un limite, perché molti servizi a partire dalle loro specifiche esperienze hanno sviluppato culture e pratiche fortemente autoreferenziate. Da ciò è derivata una notevole frammentazione delle esperienze e una grande difficoltà di confronto. I processi di aziendalizzazione della sanità hanno reso insostenibile questa contraddizione. Bisogna fare uno sforzo necessario di ricomposizione che passa innanzitutto attraverso strumenti interni che consentano ai servizi di rendersi conto di quello che fanno, come ad esempio un buon sistema informativo, una corretta gestione delle cartelle cliniche e della loro archiviazione, lo sviluppo delle funzioni di supervisione interna, ecc. La tendenza all'autoreferenzialità non è stata solo un problema dei servizi ma anche dei singoli operatori dello stesso servizio. Ciò che



dovrebbe essere perseguito è il riferimento ad un modello terapeutico-riabilitativo che richiede la presenza, o almeno la ricerca, di numerose condizioni sebbene non tutte facili da soddisfare nell'ambito dell'erogazione di servizi pubblici. Significative sono senza dubbio l'analisi della domanda e quindi la differenziazione tra i diversi bisogni, la valorizzazione della motivazione, la pari dignità tra operatore e utente nella reciproca autonomia. Il modello terapeutico-riabilitativo, al quale non può non ispirarsi il modello di psichiatria di comunità, si definisce particolarmente nel recupero della cittadinanza, nella messa in rete degli interventi e nella modalità di presa in carico contrattuale e negoziata. Servizi psichiatrici che ambiscono ad essere moderni, in altri termini adeguati alle esigenze attuali, non possono solo limitarsi al trattamento dei pazienti più gravi, ma devono essere in grado di offrire una maggiore articolazione di risposte a domande diversificate, con un'offerta di prestazioni adeguata alle varie tipologie che oggi, in misura maggiore rispetto al passato, afferiscono ai servizi psichiatrici e richiedono interventi specialistici e personalizzati. Non solo i pazienti ma le stesse malattie sono diverse tra loro ed ognuna richiede risposte specifiche in luoghi spesso diversi e con regole diverse. La costituzione di un sistema organizzativo di rete deve prevedere un utilizzo appropriato e integrato non solo di tutte le risorse esistenti nell'ambito territoriale ma anche, laddove indicato, di risorse extraterritoriali.

La territorialità non può costituirsi come rigido vincolo burocratico; la sua valorizzazione deve invece essere perseguita ai fini della realizzazione della comunità terapeutica che, soprattutto in psichiatria, deve comunque essere considerata prioritaria anche al fine di contrastare situazioni di delega deresponsabilizzante.

L'analisi dei costi è più agevole di quella del rapporto tra essi e l'efficacia delle prestazioni erogate: i criteri di efficacia e di qualità dovrebbero essere condivisi, più che imposti, sulla base di un complessivo progetto di cura, o meglio, di un sistema di cure. La funzione di controllo, verifica e valutazione della qualità e dei diversi processi risulta essere di estrema delicatezza ed importanza proprio per le ricadute che essa può esercitare sui criteri di organizzazione e, in un certo senso, sulla complessiva filosofia dell'assistenza.

La necessità per gli erogatori (pubblici e privati) di rispondere a requisiti espliciti ed uguali per tutti pone i diversi erogatori di prestazioni su un piano di teorica parità rispetto a chi "acquista" tali prestazioni ed offre anche agli utenti uno strumento più trasparente per una valutazione dei servizi loro offerti. E' molto probabile che la sopravvivenza dei servizi socio-sanitari deriverà in buona parte anche dal credito di cui essi riusciranno a godere verso i loro clienti o potenziali tali, i quali ne valuteranno la qualità in primo luogo in rapporto alla rispondenza agli standard previsti. L'attività di progettazione deve far riferimento all'innovazione, all'efficacia e all'efficienza. I progetti (terapeutici, riabilitativi e educativi) devono essere definiti attraverso l'uso di linee guida e protocolli, validati scientificamente, nel rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. Il servizio dovrà definire modifiche sostanziali ottimizzando le risorse e riducendo i rischi di inappropriately attraverso un monitoraggio continuo e costante. E' necessario che gli operatori si dotino di indicatori che possano misurare la validità del servizio, la qualità, gli esiti e il grado di soddisfazione delle prestazioni sia degli utenti che degli operatori. Dopo aver individuato gli indicatori si dovrà definire uno standard qualitativo predefinito che sia in grado di sancire l'appropriatezza del trattamento erogato. La qualità

genericamente intesa è un concetto difficile da definire, tanto che la maggior parte delle persone condivide l'affermazione *"la qualità è come la bellezza, tutti sanno che cos'è ma nessuno è in grado di definirla facilmente"*.

Proporre una definizione della qualità accettabile per tutti e una volta per tutte è problematico, se non impossibile. Infatti, tale termine risente notevolmente sia delle opinioni di chi lo valuta, sia delle conoscenze del tempo in cui viene elaborato.

Il concetto di qualità dell'assistenza nel corso degli anni si è andato progressivamente arricchendo di numerosi requisiti, derivanti dai contributi teorici che hanno interessato sia il sistema sanitario che il sistema delle imprese. La prima definizione compare nel 1933 ad opera di Lee e Jones che affermavano *"la qualità dell'assistenza è l'applicazione di tutti i servizi necessari della moderna medicina scientifica ai bisogni della popolazione"*.

Negli anni '60 A. Donabedian, il pioniere della qualità nel mondo sanitario, definisce la qualità dell'assistenza come *"il grado con cui l'assistenza è in conformità con gli attuali criteri di buona assistenza"*.

R. H. Palmer nel 1988 propone una definizione più esaustiva rispetto alla precedente *"la qualità dell'assistenza consiste nella sua capacità di migliorare lo stato di salute e di soddisfazione di una popolazione nei limiti concessi dalle tecnologie, dalle risorse disponibili e dalle caratteristiche dell'utenza"*.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dato una definizione della qualità dell'assistenza meglio rappresentativa della sintesi di tale concetto, considerandola come

*"la disponibilità di un mix di servizi sanitari diagnostici e terapeutici tali da produrre con la maggior probabilità l'esito di un'assistenza sanitaria ottimale, compatibilmente con le conoscenze raggiunte dalla*

*scienza medica ed il rapporto con i fattori biologici quali l'età del paziente, la malattia di cui è affetto, le diagnosi secondarie concomitanti, le risposte al regime terapeutico, ed altri fattori connessi con:*

- a) il minimo dispendio di risorse per raggiungere questo risultato;*
- b) il minor rischio possibile di ulteriori danni o disabilità in conseguenza di tale terapia;*
- c) la massima soddisfazione possibile del paziente riguardo al processo di assistenza, alla sua personale interazione con il sistema sanitario ed i risultati ottenuti (W.H.O 1988)".*

Secondo la definizione generale della Norma ISO 8402 del 1995

*"la qualità è l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche che conferiscono ad un prodotto (ma anche a un servizio, un processo, un'organizzazione) la capacità di soddisfare le esigenze espresse o implicite dei clienti/fruitori",*

e tenendo conto anche delle esigenze degli operatori. Più recentemente in ambito sanitario è stata proposta una definizione della qualità molto più articolata e completa, la quale, pur rispettando il concetto fondamentale della soddisfazione dell'utente/paziente contenuto nella definizione precedente, tocca tutti i vari aspetti che di fatto sono presenti quando si parla di qualità delle cure mediche:

- a) fare solo ciò che è utile (efficacia teorica);
- b) nel modo migliore (efficacia pratica);
- c) con il minor costo (efficienza);
- d) a chi (accessibilità);
- e) soltanto a chi ha veramente bisogno (appropriatezza);
- f) facendo fare le cure a chi è competente per farlo (competenza);
- g) ottenendo i risultati ritenuti migliori (soddisfazione).

Sul tema della qualità dei servizi sanitari in Italia, è stato pubblicato non poco, anche se manca una cultura condivisa della qualità dell'assistenza sanitaria. Di fatto l'esigenza del controllo della qualità nata in ambito di aziende manifatturiere, ha poi coinvolto l'area dei servizi (e molto in questo senso è stato già prodotto) ma solo da alcuni anni inizia ad intaccare (grazie anche alle nuove leggi in materia) la cultura del Servizio Sanitario Italiano sia a livello di governo che locale.

Gli orientamenti alla qualità dell'assistenza sanitaria hanno favorito l'apertura di settori di mercato, all'interno del SSN in cui credo sia possibile oggi rilevare una convergenza tra competenze tecniche e domanda istituzionale. Quando si parla di qualità, comunemente si fa riferimento a due accezioni del termine: qualità come caratteristica e qualità come valore. Se fino ad oggi in ambito aziendale si è parlato perlopiù di qualità del prodotto lo si è fatto - in linea con le due accezioni - sottolineando o "la conformità alle specifiche tecniche" (qualità come caratteristica), o "l'adeguatezza all'uso" (qualità come valore). Le due dimensioni (caratteristica e valore) del concetto di qualità pongono l'accento rispettivamente sulla realizzazione di un prodotto o sulle esigenze dell'utilizzatore. Ed in particolare il concetto di qualità che sottolinea "l'adeguatezza all'uso" implica oltre la competenza tecnica anche la capacità di capire le esigenze dell'utente e di fornire un prodotto che le soddisfi. La maggior parte degli autori considerati concordano nel ritenere utili - per un'impresa di servizi che voglia istituire dei programmi a garanzia della qualità dei suoi prodotti - i seguenti fattori:

- individuazione/definizione dei gruppi di utenti/committenti;
- conoscenza delle specifiche competenze del servizio;
- conoscenza della cultura del servizio e dell'immagine che di sé propone attraverso mass-media, giornali, ecc.;

- attivazione di funzioni di verifica dei processi che regolano il suo funzionamento;
- conoscenza dei criteri attraverso cui avviene la soddisfazione dei suoi clienti;
- misura dell'efficienza del sistema in rapporto all'efficienza della prestazione individuale dei suoi operatori;
- identificazione di standard sia esterni (relativi alla soddisfazione del cliente) che interni (relativi all'efficienza della prestazione) su cui basare eventuali cambiamenti.

Nell'ambito della gestione della qualità appaiono, inoltre, rilevanti tre obiettivi: l'efficienza, l'efficacia e la qualità. Il budget di una struttura del servizio sanitario può essere tradotto in vari input rappresentati da tecnologie, personale, strutture; il funzionamento di tali risorse consente l'erogazione di un servizio (output) che ha un impatto (outcome) sul cliente. L'efficacia può essere definita, secondo tale schema, come il rapporto tra il servizio prodotto (output) e l'effetto che esso ha avuto sul cliente; l'efficienza può essere definita come il rapporto tra gli input e il servizio prodotto, in altre parole è relativa al livello ottimale di utilizzazione degli strumenti di cui la struttura dispone. La produttività, o in altre parole, il rendimento della struttura sarà quindi dato dal prodotto dell'efficienza per l'efficacia e cioè dal rapporto tra le risorse disponibili e l'effetto che il servizio ha avuto sul cliente.

Nei programmi volti al miglioramento qualitativo dei servizi si fa inoltre sempre più riferimento alla necessità di predisporre attività di verifica e di formazione a vari livelli. È utile sottolineare ancora una volta che con il concetto di qualità ci si riferisce in letteratura ad aree differenti rappresentate dalla qualità del prodotto, del processo, del sistema di produzione/erogazione e dalla qualità come cultura generale che permea un'intera organizzazione. Se, oggi, tali settori ci possono apparire come complementari o comunque del tutto

interdipendenti, non dobbiamo dimenticare che ciò costituisce storicamente un punto di arrivo dello sviluppo e dell'applicazione del concetto di qualità alle strutture organizzative, ed ai servizi in particolare.

Il nuovo scenario istituzionale del Sistema Sanitario Nazionale previsto dalla Legge 421 del 23/10/'92, dal Decreto Legislativo 502 del 30/12/'92 e dal Decreto Legislativo 517 del 7/12/'93 si configura come premessa fondamentale per l'introduzione di metodologie orientate alla qualità nel processo di cambiamento del SSN. Si citano:

- l'autonomia, la regionalizzazione;
- il modello organizzativo degli enti sanitari;
- il modello della programmazione;
- il modello del finanziamento;
- il modello dell'erogazione delle prestazioni;
- il controllo della qualità nell'assistenza;
- il modello di verifica della qualità nella prospettiva della personalizzazione e della umanizzazione dell'assistenza.

Il cambiamento richiesto è notevole e coinvolge il SSN nel suo complesso oltre alle Regioni alle quali vengono richieste volontà e capacità di agire in questa direzione. Le responsabilità del management sono molteplici: i nuovi Direttori Generali dovrebbero, con le attuali variabili di contesto, condurre le ATS da una fase in cui si comportavano come pubbliche amministrazioni, finanziate con logiche predeterminate a pioggia dal livello centrale, a una fase nella quale dovranno in qualche modo conquistarsi la fiducia dell'utente, con condizione di produzione e di costi adeguati. Una grande sfida sarà proprio quella di rendere possibile l'autonomia e la responsabilizzazione sui risultati. L'aspetto giuridico ed economico che ha mutato le vecchie organizzazioni ospedaliere ha favorito un passo verso l'autonomia, verso la responsabilità comportando l'esigenza di

modifiche nell'organizzazione del lavoro, nella gestione del personale, nell'amministrazione delle risorse.

La rilevazione e l'analisi dei fenomeni di cui sopra sono premesse essenziali affinché sia possibile innescare nelle diverse strutture un processo di funzionamento attento ai mandati istituzionali, alla domanda dell'utenza e soprattutto capace di coglierne la complessità.

Credo di poter sintetizzare il filo conduttore di tale lavoro nella ricerca di punti d'incontro tra le risorse di cui dispone il professionista della riabilitazione e le potenziali domande presenti sul mercato.

## **2.1 PROGETTAZIONE, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO: QUALCHE RIFLESSIONE**

Questo paragrafo intende fornire al lettore alcune riflessioni di carattere generale con l'auspicio che possa contribuire a fornire una visione d'insieme coerente.

I budget sono piani che specificano il costo degli output rispetto a un determinato periodo di tempo; i programmi sono piani che fissano la struttura temporale degli output; gli obiettivi sono piani che precisano le quantità di output rispetto a determinati periodi di tempo; i piani operativi sono piani che fissano una varietà di standard, generalmente le quantità e il costo degli output.

Si possono distinguere poi due tipi diversi di sistemi di pianificazione e controllo:

1. il controllo della performance che pone l'accento sulla regolazione della stessa in termini complessivi e si attua a posteriori sui risultati, rappresenta una vera e propria modalità di standardizzazione degli output;



2. la pianificazione dell'azione che è orientata alla specificazione delle attività che verranno svolte, è simile alla formalizzazione dei comportamenti.

Il controllo della performance si propone di regolare i risultati complessivi di una determinata unità organizzativa influenzando l'assunzione delle decisioni e lo svolgimento delle azioni solo indirettamente, fissando obiettivi generali che il decision maker deve tenere presenti quando assume decisioni specifiche.

Il sistema di controllo della performance si collega a due finalità: la valutazione e la motivazione. Da un lato può infatti essere utilizzato semplicemente per segnalare quando la performance di una unità si è deteriorata affinché i livelli superiori possano intervenire e intraprendere misure correttive, dall'altro lato può essere utilizzato per promuovere performance più elevate.

Il controllo della performance è rappresentato come un sistema nel quale gli obiettivi generali al vertice danno luogo a sottobiettivi, budget e altri standard di output che a loro volta vengono articolati in sottobiettivi, budget e standard più dettagliati finché si manifestano alla base della struttura sotto forma di piani operativi. Il risultato finale è rappresentato dalle azioni organizzative ma la connessione fra i piani e le azioni è solo indiretta. Il sistema di funzionamento del controllo della performance è una miscela tra flussi top-down e flussi bottom-up.

Il sistema di pianificazione dell'azione inizia con la pianificazione strategica nella quale l'azienda valuta in modo sistematico i suoi punti di forza di debolezza rispetto alle tendenze dell'ambiente e, successivamente, formula un insieme esplicito e integrato di strategie che intende seguire in futuro. A tutti i livelli della gerarchia si riscontrano varie forme sia di pianificazione dell'azione che di controllo della performance. È

importante sottolineare che in generale più le responsabilità di una unità organizzativa sono globali, maggiore è la propensione a controllarne la performance complessiva piuttosto che le azioni specifiche.

Riducendo a quattro tipi fondamentali il continuum dei meccanismi di collegamento configurato da Galbraith avremo:

1. le posizioni di collegamento: quando per coordinare l'attività di due unità è necessario un ammontare considerevole di relazioni, può essere formalmente creata una posizione di collegamento per canalizzare le informazioni direttamente, aggirando i canali verticali. La posizione non detiene autorità formale, ma potere formale derivante dalla conoscenza e non dalla posizione;

2. le task forces e i comitati - la riunione è il mezzo principale utilizzato nelle aziende per facilitare l'adattamento reciproco. Alcune riunioni sono improvvisate, altre programmate. In questo ultimo caso si definiscono istituzionalizzate. Per istituzionalizzare le riunioni vengono utilizzati due meccanismi principali: a. la task force - è un gruppo costituito per svolgere un particolare compito e che viene successivamente sciolto; b. il comitato - è un gruppo interdipartimentale meno temporaneo che si riunisce regolarmente per discutere problemi di interesse comune;

3. i manager integratori - quando attraverso l'adattamento reciproco è necessario raggiungere un coordinamento maggiore di quello che i meccanismi precedenti consentono si può inserire un manager integratore, in effetti una posizione di collegamento con autorità formale. In questo caso, sull'esistente struttura dipartimentale viene sovrapposto un manager, che talvolta dirige una propria unità organizzativa, cui viene attribuito un qualche potere che prima faceva capo ai singoli dipartimenti. Il potere formale del manager integratore investe sempre alcuni aspetti dei processi decisionali che

attraversano i dipartimenti coinvolti, ma per definizione non comprende mai un'autorità formale sulle persone appartenenti a tali dipartimenti. Il successo di questa figura si basa su grandi doti di persuasione e di negoziazione e sulla capacità di creare un clima di fiducia da parte di tutti i gruppi senza lasciarsi assorbire in nessuno di questi;

4. la struttura a matrice - nessuna base di raggruppamento può da sola contenere tutte le interdipendenze. Le soluzioni sopracitate favoriscono una base di raggruppamento rispetto a altre. Talvolta però è necessario attribuire eguale importanza a due o più basi di raggruppamento. Utilizzando tale struttura l'azienda evita di scegliere una base di raggruppamento a scapito di un'altra, adottandole entrambe, e creando così un sistema duplice di autorità. La struttura a matrice presenta però alcuni problemi: - la rinuncia al principio di unità del comando può causare confusione, stress, conflitti; - possibile presenza di conflitti tra i manager; - elevati costi di struttura: aumenta il numero di manager; - elevati costi di comunicazione: troppo tempo dedicato a riunioni e discussioni e meno tempo dedicato allo svolgimento dell'attività. I meccanismi di collegamento e gli altri parametri di progettazione I meccanismi di collegamento possono essere impiegati con qualunque base di raggruppamento, poiché essi cercano di superare le limitazioni derivanti dal ricorso ad una sola base di raggruppamento. Questi meccanismi vengono sovrapposti più frequentemente sui raggruppamenti funzionali per introdurre un orientamento verso i mercati. Quanto alla dimensione delle unità organizzative, i meccanismi di collegamento sono mezzi per incoraggiare l'adattamento reciproco attraverso comunicazioni informali e, tali comunicazioni richiedono gruppi di lavoro faccia a faccia di piccola dimensione. Quanto alla relazione fra meccanismi di collegamento e sistemi di pianificazione e controllo, queste due forme di rapporti laterali, almeno in una

certa misura, si escludono reciprocamente. Quando non è possibile far fronte alle interdipendenze attraverso la progettazione delle posizioni individuali e della macrostruttura, l'azienda deve ricorrere alla standardizzazione degli output o ai meccanismi per l'adattamento reciproco.

La pianificazione strategica può fornire un tracciato efficace nella gestione di aziende pubbliche, in particolare nelle aziende sanitarie. In questo modo il processo sarà di sostegno a decisori politici, amministrativi e dirigenti: la posta in gioco è il raggiungimento di un sistema pubblico trasparente, funzionante e meritocratico.

Ho trovato perfetta tale definizione per descrivere la relazione che intercorre tra le parole chiave che costituiscono il processo. Infatti da questa definizione risulta evidente la distinzione tra piano, che è la metodologia di definizione delle linee guida da tracciare in ambito di pianificazione, e il budget. Il piano è una metodologia previsionale a medio-lungo termine, mentre il budget, essendo uno strumento di natura contabile con un orizzonte temporale a breve termine, ordinariamente annuale, è quanto rende operative le linee guida individuate nella pianificazione.

Il budget si sostanzia in due funzioni principali:

1. la programmazione, cioè l'individuazione degli obiettivi da raggiungere e delle modalità attraverso cui farlo;
2. controllo, cioè la verifica che ogni elemento dell'azienda segna, gli indirizzi stabiliti e l'evidenza immediata dei punti da modificare perché siano raggiunti i migliori risultati possibili;

Nell'ordinario si tende a fare confusione tra i due termini pianificazione e programmazione: in realtà sono profondamente diversi dal punto di vista temporale, perché attengono rispettivamente al medio-lungo tempo la prima e al

breve termine la seconda; dal punto di vista gestionale, in quanto con la pianificazione vengono preventivati tutti gli aspetti di gestione, mentre la programmazione riflette solo singoli aspetti specifici di ciascun campo operativo.

In altri termini la programmazione è un momento amministrativo che conduce alla configurazione di un modello produttivo aziendale; la pianificazione è invece la sintesi delle valenze da cui scaturisce tale configurazione.

Se poi lo vogliamo vedere come strumento di connessione dell'azienda al contesto, il termine pianificazione è tipico dei sistemi macroeconomici, mentre il termine programmazione deve essere utilizzato nell'ambito dell'economia aziendale.

Quando gli obiettivi strategici definiti in sede di pianificazione vengono disaggregati in obiettivi di gestione operativa, questi costituiscono le basi per la predisposizione del budget.

Esso esprime dunque ciò che dovrebbe accadere se si realizzassero le condizioni operative ipotizzate, definite in termini di standard. Se, infatti, si utilizzassero dei dati reali, relativi cioè a condizioni presenti nell'azienda, non si potrebbe considerare il budget come strumento di miglioramento dell'efficienza aziendale.

Facendo riferimento agli standard, invece, a consuntivo si misurerà la distanza (positiva o negativa) dai risultati previsti a budget, evidenziando così i miglioramenti (o peggioramenti) realizzati dall'azienda.

Poiché il budget viene elaborato prima dell'inizio dell'esercizio a cui si riferisce, è possibile che durante l'esercizio si determinino dei disallineamenti rispetto a quanto previsto, per la presenza di eventi che impattano sull'attività aziendale e che, per un modo o per l'altro, ne intaccano la gestione. Dal momento che il budget non può essere modificato durante l'esercizio, altrimenti verrebbe meno la sua funzione di controllo ex-ante, diventa fondamentale lo strumento del

forecast (in italiano significa previsione. Nel contesto aziendale, questo termine indica un prospetto simile ad un normale bilancio: mentre il budget è una previsione fatta sull'anno successivo, il forecast è una previsione sull'anno in corso).

Il flusso di informazioni contenuto nel forecast è composto in parte da rilevazioni consuntive, quelle cioè realizzatesi fino alla data di redazione dello stesso, e in parte da rilevazioni previsionali traggiate alla fine dell'esercizio. Ciò permette al management di riformulare talune previsioni rivelatesi errate.

In realtà tutto il sistema di pianificazione e programmazione è pervaso dal controllo. Uno dei suoi primi strumenti, seppur di limitate funzionalità ai fini del controllo di gestione, è la contabilità generale che fornisce le informazioni di carattere generale e globale sull'andamento dell'azienda. Tuttavia, per il controllo di gestione e per l'utilità che questo riveste per la direzione aziendale, è necessario uno strumento che permetta di ottenere informazioni più analitiche e tempestive: la contabilità analitica.

La contabilità analitica ha come caratteristiche principali:

- lo scopo di consentire una corretta osservazione economica dei fenomeni aziendali e fornire un valido supporto informativo ai processi decisionali.
- Non è prevista come obbligo legale, perciò può assumere forme diverse in relazione ai vari scopi per cui viene composta.
- Effettua rilevazioni in via preventiva e in via consuntiva
- Costi e ricavi sono di norma rilevati per destinazione, con riferimento alla causa finale specifica dell'operazione.
- Fa parte del sistema informativo per la direzione e per il controllo di gestione.

Il problema di base delle aziende sanitarie è la necessità di recuperare efficienza nell'uso delle risorse e di migliorare la qualità dei servizi prestati. In tale contesto la maggiore difficoltà è la determinazione dei ruoli e delle responsabilità declinati in termini di autonomia, controllo e valutazione.

La valutazione della performance nella pubblica amministrazione ha avuto inizio con il decreto legislativo 150 del 2009, perno della riforma del pubblico impiego, e con la legge delega n. 15 dello stesso anno.

Tutto ruota intorno al concetto di performance intesa come “il contributo che ciascun soggetto (definito come sistema, organizzazione, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata creata”.

L'impatto di questa riforma, conosciuta come riforma Brunetta, è forte per un contesto pubblico fino ad allora lontano da questa mentalità, in quanto introduce nuovi obblighi, nuove responsabilità, nuovi strumenti per la dirigenza, nuove modalità di gestione, nuovi valori collegati alla responsabilità ed alla trasparenza.

L'ambito della performance individuale (art. 9.1 e 9.2 del D.Lgs 150/2009) inserisce infatti gli aspetti inerenti a specifici obiettivi di gruppo o individuali, qualità del contributo assicurato alla performance, competenze dimostrate e comportamenti professionali/organizzativi messi in atto, in passato scarsamente presenti o limitatamente trattati.

L'ultimo passaggio del processo di pianificazione è la fase relativa al controllo strategico, necessario per capire se realmente, in fase di esecuzione, gli obiettivi stabiliti nella pianificazione siano coerenti con l'evoluzione dell'ambiente, esterno ed interno, e della gestione aziendale. Ciò permette,

inoltre, di valutare quanto le strategie effettivamente incidano sul miglioramento dell'azienda.

Il processo valutativo è effettuato sia in via preventiva sia in via consuntiva. Preventivamente va fatta l'analisi di scenario e viene scelto quello migliore tra i vari possibili, che meglio si adatta all'azienda e maggiormente garantisce risultati coerenti con gli obiettivi stabiliti all'inizio del processo di pianificazione.

La valutazione a consuntivo mette invece a confronto il risultato ottenuto con quanto era stato preventivato in fase decisionale: si va quindi ad effettuare la cosiddetta valutazione della performance, tipica del processo di controllo.

Con il monitoraggio del piano è possibile analizzare le scelte operative, effettuate in fase di programmazione operativa con il budget e verificatesi successivamente a consuntivo, e le scelte strategiche precedentemente operate in sede di pianificazione pluriennale.

L'obiettivo del monitoraggio è verificare la validità delle strategie poste in essere dal management e formalizzate nel processo di pianificazione al verificarsi di cambiamenti delle condizioni ipotizzate per ambiente interno ed esterno.

Per quanto possa sembrare estremamente complicato, in realtà gestire un'azienda pubblica affidandoci a questi concetti fondamentali di pianificazione, programmazione e controllo significa inserire un tracciato di buon senso nella conduzione di un ruolo così delicato.

Il processo di pianificazione strategica è di sostegno all'attività di diversi soggetti:

- vertice politico, che viene supportato nelle decisioni di piano,
- vertice amministrativo, che viene supportato nel guidare la gestione,



- funzionari dirigenti perché favorisce il benessere organizzativo e l'affermazione della cultura economica, affermando la meritocrazia su basi oggettive.

Più in dettaglio, la pianificazione strategica serve al vertice politico dell'amministrazione:

- per interpretare le esigenze della comunità, per formulare politiche di settore sulla base dell'indirizzo generale dell'amministrazione in carica;
- per trasformare gli obiettivi generali in priorità politiche dell'amministrazione e a tradurle in obiettivi strategici a cui associare indicatori che ne consentano la verifica sistematica;
- per promuovere la negoziazione fra vertice politico e amministrativo sugli obiettivi strategici, sulla disponibilità di risorse ai diversi centri di responsabilità;
- per ottenere risorse per l'amministrazione;
- consente il monitoraggio sistematico degli obiettivi strategici dell'amministrazione;
- promuove e consente il monitoraggio dell'attività di governo;
- promuovere la traduzione delle direttive del vertice politico in programmi da parte dei Centri di Responsabilità.

Il processo di pianificazione strategica serve ai vertici amministrativi per guidare la gestione e in particolare per:

- formulare un programma operativo coerente con il piano strategico e gli obiettivi di generali;
- formulare un budget coerente con l'indirizzo politico strategico e con la disponibilità di risorse espresse nel bilancio annuale;

- promuovere e consentire il coordinamento tra centri di responsabilità e uffici che concorrono al perseguimento dello stesso obiettivo;
- accrescere l'autonomia dei centri di responsabilità, sia nel formulare proposte sugli obiettivi da raggiungere che nella gestione delle proprie risorse;
- gestire verso i buoni risultati, cioè ad introdurre i meccanismi organizzativi necessari ad assicurare che le risorse (umane, tecnologiche, infrastrutturali e finanziarie) siano capaci di costruire valore per l'intera comunità secondo piani e programmi stabiliti;
- verificare sistematicamente lo stato degli obiettivi operativi, il rispetto delle scadenze previste dal programma e lo stato delle risorse previste dal budget

Promuovere un buon processo di pianificazione tende quindi a realizzare il nuovo modello dell'amministrazione che si basa su cinque pilastri fondamentali:

- sinergia tra autonomia e integrazione,
- processi decisionali in rete,
- intensa comunicazione interna ed esterna,
- sinergie tra legittimità e risultato economico,
- responsabilità personale e di gruppo.

Per realizzare tutto ciò, laddove non siano presenti le necessarie competenze, si può ricorrere a consulenti specializzati che però non devono sostituirsi agli operatori, bensì dargli il supporto necessario affinché questi principi diventino strumenti di lavoro.

La posta in gioco è il raggiungimento di un sistema pubblico trasparente, funzionante e meritocratico.

Tra le più importanti applicazioni regionali di sistemi di misurazione delle performance in sanità e il Programma Nazionale Esiti dell'Agenas si segnalano la Toscana e la Lombardia. Queste due regioni sono state tra le prime

istituzioni a recepire in maniera sistematica e proattiva le indicazioni della normativa nazionale sulle performance organizzative e individuali e trasparenza nelle amministrazioni pubbliche (d.lgs. 150/2009).

Il modello di misurazione predisposto per le Aziende Sanitarie Pubbliche della Regione Lombardia è stato strutturato per raggiungere molteplici obiettivi: essere collegato agli strumenti istituzionali (regionali e comunali) di programmazione annuale e pluriennale; recuperare e valorizzare la dimensione strategica dell'azienda sanitaria ospedaliera o territoriale; evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programmatiche. Tale modello misura le performance per creare valore nelle aziende sanitarie pubbliche: esso è uno strumento per valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendali, garantire adeguata chiarezza e trasparenza delle performance, consentire confronti tra aziende del sistema sanitario regionale (benchmarking). Lo strumento disegnato agisce su diversi ambiti, fornendo una vista complessiva sul SSR, fino a garantire un approfondimento sull'ambito strettamente aziendale, coinvolgendo allo stesso tempo altre istituzioni quali gli Enti Locali. Tale coinvolgimento è garantito dall'integrazione con i sistemi di programmazione annuali e pluriennali dei Comuni. Il sistema si muove dunque contemporaneamente su diversi ambiti, dando luogo a un processo che si articola su diversi livelli: 1. un livello istituzionale di ordine strategico che definisce gli indirizzi di fondo pluriennali (PSSR) e annuali (regole) a cui le aziende sanitarie pubbliche di servizi sono tenute, per quanto di loro competenza, ad attenersi; 2. un livello strategico aziendale che declina a livello di singola realtà gli indirizzi strategici regionali; 3. un livello direzionale e operativo dove trovano collocazione gli strumenti di programmazione di breve periodo (budget, obiettivi e programmi aziendali). Il sistema di

misurazione delle performance adottato in Regione Lombardia è dunque orientato principalmente alla rilevazione delle performance organizzative, assumendo la prospettiva regionale dalla quale derivano le indicazioni strategiche di fondo. Infatti, nei suoi atti di indirizzo, la Regione Lombardia, dopo aver definito le tempistiche concernenti il ciclo di gestione della performance, si focalizza sul contenuto del Piano della Performance delle Aziende Sanitarie e sulle dimensioni di misurazione e valutazione della performance. Le principali dimensioni di valutazione relative alla fase di programmazione sono state individuate in:

- economicità: intesa come equilibrio finanziario, economico e patrimoniale e indebitamento,
- efficacia esterna (impatto sui bisogni): riguarda il rapporto che intercorre tra l'azienda e l'ambiente esterno. Rappresenta la capacità dell'azienda di soddisfare i bisogni della collettività cui è chiamata a far fronte attraverso la sua attività caratteristica, quindi identifica gli impatti che produce nell'ambiente esterno e in particolare in termini di risposta ai bisogni. Tale dimensione misura gli esiti clinici (outcome) delle cure, nonché la loro appropriatezza, in linea con gli orientamenti del Piano Sanitario Regionale,
- efficacia organizzativa: include vari aspetti tra cui il modello organizzativo, la formazione, lo sviluppo delle competenze, il benessere organizzativo e le pari opportunità,
- efficacia interna: misura la capacità di un'azienda o di un'unità operativa di raggiungere gli obiettivi definiti e le proprie finalità.

Per quanto riguarda la misurazione delle performance gestionali:

efficienza: rappresenta la capacità di massimizzare il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti, a parità di altre condizioni:

qualità dei processi e dell'organizzazione: si fa riferimento alla dimensione più interna all'azienda e legata all'organizzazione nella gestione dei processi sanitari e di erogazione dei servizi, dal punto di vista della corretta gestione clinico-organizzativa;  
qualità dell'assistenza: esplicita il rapporto tra organizzazione e assistito e pone il focus della misurazione sulla qualità della prestazione fornita al paziente;

appropriatezza: è intesa come appropriatezza organizzativa e non clinica, ossia si valuta quando una prestazione o un servizio vengono erogati in condizioni che consentono di utilizzare una quantità «appropriata» di risorse;

accessibilità e soddisfazione dell'utenza: se l'accessibilità rappresenta la possibilità di equità di accesso alle prestazioni e ai servizi da parte degli utenti, a parità di altre condizioni, è evidente come tale dimensione sia strettamente correlata alla fruizione dei risultati dell'attività dell'azienda da parte dell'utente. Dall'altro lato la soddisfazione dell'utenza esplicita il rapporto tra organizzazione e assistito e pone il focus della misurazione sulla qualità percepita dal paziente al quale viene erogata una prestazione.

Il sistema di misurazione Piano Nazionale Esiti (PNE) di Agenas nasce con lo scopo di creare uno strumento che permetta di rilevare la performance del SSN italiano. L'Italia, infatti, alla luce degli impegni presi con l'OMS nel 2008, ha fino ad oggi perseguito in modo frammentato tale obiettivo, lasciandolo principalmente alle attività di misurazione intraprese delle singole regioni. La finalità principale dello strumento è la rilevazione della qualità sul territorio nazionale attraverso criteri comuni ufficialmente riconosciuti. Il livello di applicazione di questo performance measurement system è dunque l'intero sistema SSN, attraverso la valutazione di tutte le aziende sanitarie che lo compongono e delle relative performance organizzative.

Seguendo le indicazioni fornite dall'OMS, le principali dimensioni di miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie sono state individuate in: Efficacia, Efficienza, Accessibilità, Accettabilità (orientamento al paziente), Sicurezza Equità. A partire da queste dimensioni e sulla base di esperienze nazionali e internazionali analizzate dal gruppo di lavoro, il sistema è stato costruito lungo tre assi di «tutela e garanzia del SSN» – salute, risorse e diritti – e lungo un asse trasversale che è rappresentato dall'equità. Per quanto riguarda le dimensioni che compongono l'asse di tutela e garanzia del SSN, la rilevazione della salute avviene prevalentemente attraverso indicatori di efficacia, l'analisi delle risorse attraverso indicatori di efficienza, mentre i diritti sono rilevati facendo ricorso a indicatori che esplorano il concetto di empowerment dell'utente. Per ciascuna dimensione, inoltre, sono stati individuati alcuni criteri di valutazione che raggruppano gli indicatori, suddivisi come segue: per la dimensione della salute: accessibilità e fruibilità, appropriatezza dei processi assistenziali, esiti; per la dimensione delle risorse: efficienza economica, efficienza organizzativa; per la dimensione dei diritti: umanizzazione, coinvolgimento dei cittadini/ utenti. I risultati raccolti saranno pubblicati all'interno di una piattaforma on-line accessibile da tutti e che permetterà di visualizzare le informazioni utili a seconda del proprio profilo (decisore, utente e tecnico). Ad esempio, l'utente potrebbe essere maggiormente interessato al tipo di offerta e alle caratteristiche del servizio offerto dalle strutture sanitarie, mentre il decisore sarà più propenso a usufruire di una visione multidimensionale.

Nella regione Lombardia (e anche nella regione Toscana) si sono predisposti sistemi che adottano l'ottica del governo regionale con l'obiettivo di favorire il confronto, a livello centrale, delle aziende che compongono il sistema sanitario

regionale mentre il Piano Nazionale Esiti di Agenas adotta un'ottica nazionale finalizzata al confronto esteso a tutte le aziende del SSN.

Un ulteriore limite, con particolare riferimento all'attuale trend di valorizzazione della soddisfazione dei pazienti e della qualità percepita, è la necessità di trovare misure standardizzate e validate che siano in grado di valutare l'esperienza del paziente in modo equilibrato e oggettivo.

Se, da un lato, la sperimentazione di sistemi di performance management multidimensionale conta numerosi tentativi all'interno della realtà ospedaliera, dall'altro le aziende sanitarie che erogano servizi di cure primarie sono più indietro da questo punto di vista. Oggi però l'interesse verso la misurazione delle performance in quest'area, sempre più importante in tutti i sistemi sanitari, è crescente e sta stimolando le prime riflessioni e i primi casi studio. Infatti, le prime sperimentazioni hanno evidenziato che l'uso di tali sistemi può portare a un miglior uso delle risorse e a un conseguente miglioramento dei servizi.

Il paragrafo delle Regole dedicato alla Salute Mentale presenta le stesse caratteristiche che si trovano pressoché in tutto il documento: da un lato la presa d'atto della necessità, in attesa dell'entrata a regime dei cambiamenti organizzativi imposti dalla Legge 23/2015, di garantire la continuità nella gestione dei servizi e nell'offerta di prestazioni ai cittadini; dall'altro un continuo rimando ad azioni e interventi migliorativi. Nella delibera indirizzata alle ATS si afferma “...rendere sempre più appropriati, efficienti e sostenibili gli interventi rivolti ai pazienti, anche attraverso il ricorso a soluzioni alternative all'inserimento in strutture residenziali...”

Nelle Regole del 2011 (DGR 937/2010) che introducevano un'importante novità riguardo al sistema degli accreditamenti, quali ad esempio la separazione tra accreditamento libero e

contratto e la remunerazione a budget, fino alle attuali regole 2016, attraversando quindi due legislature, si segnalano alcune delle questioni che ripetutamente tornano nei testi di questi documenti: lo sviluppo di processi integrativi tra Neuropsichiatria e Psichiatria (soprattutto riguardo al trattamento per la fascia 16-18 anni); la revisione delle attività e dell'organizzazione dei CPS; la verifica e revisione della residenzialità psichiatrica; la riduzione del flusso attività 43/SAN, ovvero extra contratto; il trattamento acuzie in SPDC che si trovano, più o meno tutte, riprese anche nelle regole per il 2016. Per quanto riguarda le risorse economiche relative a quest'area, dalle Regole di sistema non è sempre facile evincere l'entità degli stanziamenti assegnati. Si può ricostruire che si registra, in particolare negli ultimi 3 anni, un sostanziale blocco delle risorse assegnate alla residenzialità, a seguito del blocco degli accreditamenti ed alla conclusione dei Programmi Innovativi (15 milioni di euro nel 2011, ridotti a 10 milioni nei successivi e nelle regole dichiarati definitivamente conclusi al 31.12.2016).

Nelle Regole 2014 veniva inoltre menzionato il budget di salute in cui si affermava

*“...la presa in cura dei pazienti è rappresentabile da un concatenamento di eventi (controlli, colloqui, visite, ricoveri, ecc.) che hanno un'espressione di qualità se quantitativamente equilibrati nel tempo. Pertanto, è la sequenza e l'integrazione degli eventi che rappresenta la misura della reale presa in cura...”*

L'attuale sistema di remunerazione a prestazione poco si adatta a questo sviluppo poiché tende alla frammentazione del percorso ed a costituire una rendicontazione delle attività basata sulla quantità delle prestazioni erogate e non sull'effettiva valutazione della presa in cura. Nel 2014 per adattare il sistema di remunerazione alla nuova visione si



prospettò l'avvio del superamento dell'attuale modalità di pagamento a prestazione con una tariffa di responsabilità per la presa in carico del singolo paziente. Il termine "tariffa di responsabilità" torna anche nella DGR 2313 del 1.08.2014 – di fatto un'integrazione alle Regole – nella quale si individuano i soggetti che parteciperanno a questa sperimentazione nei diversi DSM, che rimangono gli stessi anche nella Regole di Sistema 2015 nelle quali la dicitura diventa "budget di salute" o "budget individuale" e di cui si trova anche una prima definizione puntuale

*"...esso rappresenta il finanziamento reso disponibile a un individuo con disturbo mentale che necessita di trattamento presso il DSM e include tutte le prestazioni erogate per conto del SSR dalle strutture pubbliche o private afferenti al DSM (indipendentemente dalla sede di trattamento: territoriale, ospedaliera o residenziale..."*

Per quanto riguarda i CPS, per i quali le Regole sottolineano nuovamente come

*"...il cambiamento dell'utenza verificatosi negli ultimi anni ha reso necessario adattare l'attività all'emergere di nuovi bisogni e a programmi innovativi di intervento, determinando l'esigenza di una revisione del modello organizzativo del CPS attraverso la definizione delle funzioni e delle competenze da assicurare al fine di garantire ai cittadini un'offerta diversificata, accessibile, appropriata, integrata nella rete sociale e con i servizi socio-sanitari, impostata secondo i criteri dei percorsi di cura e dell'integrazione delle diverse professionalità cliniche e psicosociali..."*

A tutt'oggi non ho trovato evidenze di quanti siano ad oggi i CPS che stanno sperimentando forme organizzative diverse da quelle standard, quali siano gli esiti di queste sperimentazioni, né dei processi attraverso i quali si sono realizzate. Si può affermare però che il fatto di ritrovare anche in queste Regole

*«...l'esigenza di una revisione del modello organizzativo del CPS» ci fa dire che ad oggi molto poco è cambiato e che la stragrande maggioranza dei CPS continuano ad essere aperti da lunedì a venerdì dalle 8.00 alle 17.00 costringendo i bisogni di cura ad adattarsi agli orari di ufficio che la scarsità di personale medico fa sì che le visite riguardino quasi esclusivamente i pazienti gravi o gravissimi, che l'insufficiente presenza di infermieri ed i educatori riduce di molto la possibilità di interventi e percorsi domiciliari...”*

Si sottolinea che se il modello rimane quello biomedico (fondato su diagnosi, prognosi terapia) si continua a privilegiare un approccio esclusivamente clinico-sanitario nel quale tutti gli elementi che concorrono ad un effettivo benessere della persona quali la dimensione relazionale, sociale, familiare, le condizioni abitative e lavorative sembrano “non riguardare” né la cura né la presa in carico della persona con problemi di salute mentale.

Con la Legge 23/2015 è stata disegnata una nuova organizzazione dell'area Salute Mentale che vede afferire alla stessa anche l'ambito delle dipendenze e della psicologia. Presso ogni ASST verrà costituito un Dipartimento Sanitario che comprenderà le UOSD (Unità Operative dei Servizi Dipendenze), le UONPIA (Unità Operative di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza), le UOP (Unità Operative Psichiatria) e le UOPsi (Unità Operative di Psicologia).

La nuova legge richiederà nuove interlocuzioni politiche su alcuni temi che appaiono poco chiari e nuovi spazi di partecipazione plurale e intersettoriale all'interno di Tavoli Tecnici, garantendo, in un'ottica di reale sussidiarietà, la presenza di tutti gli attori nei luoghi deputati alla programmazione, implementazione e valutazione delle attività e dei servizi.

È una strada obbligata se si vuole davvero superare la frammentazione delle politiche, degli interventi, della spesa, tra sanità e sociale, anche in salute mentale.

### **III CAPITOLO**

## **LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI IMPEGNATI NEL PROCESSO DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA**

Per iniziare a parlare di formazione si rende necessario presentare il quadro normativo di riferimento: la Legge Iori, il DDL 2443, che è entrata in vigore il 1° gennaio 2018 e che dà riconoscimento e tutela alle figure professionali dell'educatore professionale socio-pedagogico e del pedagogo.

Il lettore troverà il testo della Legge Iori in appendice al presente testo.

L'iter parlamentare è stato lungo e complesso e questo DDL rappresenta una disposizione importante, perché diventa il punto di riferimento per migliaia di studenti, laureati e per chi già lavora in ambito educativo.

La Legge stabilisce che l'esercizio della professione di educatore professionale socio-pedagogico è subordinato al possesso del diploma di un corso di laurea nella classe di Laurea L-19 (Scienze dell'Educazione e della Formazione), indipendentemente dalla denominazione che ogni ateneo o corso di laurea le attribuisca. Ciò che conta è soltanto la classe L-19. Nella norma si precisa che l'educatore professionale socio-pedagogico e il pedagogo operano nei servizi e nei

presidi socioeducativi e socioassistenziali, nei confronti di persone di ogni età, prioritariamente nei seguenti ambiti: educativo e formativo; scolastico; socioassistenziale, limitatamente agli aspetti socioeducativi; della genitorialità e della famiglia; culturale; giudiziario; ambientale; sportivo e motorio; dell'integrazione e della cooperazione internazionale. Tutte le classi di Laurea Magistrale, ed equipollenti, indicate nel testo di legge sono abilitanti all'esercizio della professione di pedagogo. Il comma 595 stabilisce che la Laurea Magistrale in Scienze Pedagogiche, ed equipollenti, è abilitante e non occorrerà sostenere alcun ulteriore esame di abilitazione. L'abilitazione si intende riconosciuta anche a chi ha già conseguito il titolo (vecchio o nuovo ordinamento), prima dell'entrata in vigore della legge.

Negli ambiti indicati dalla norma è stato eliminato il contesto sociosanitario, poiché questa era una delle condizioni per poter approvare la legge. Tuttavia, non è esplicitamente escluso e, pertanto, si prevede la possibilità di recuperarlo, sia facendo riferimento al socioassistenziale e all'attività motoria, sia sulla base di una specifica possibile richiesta da parte delle strutture sociosanitarie. La legge non ha valore retroattivo e chi lavora non perderà il suo impiego. Ma vi sono alcune gradualità legate all'anzianità di servizio e ai titoli

Alcuni educatori hanno criticato la divisione del profilo di educatore, mentre altri l'hanno apprezzata e tra questi sicuramente la parte maggioritaria degli educatori - laureata in Scienze dell'Educazione – che era priva di un riconoscimento normativo chiaro.

Quei commi hanno infatti iniziato a mettere ordine in un caos normativo derivante da una confusa stratificazione legislativa. La normativa precedente aveva fatto rientrare l'educatore nelle "figure atipiche e di dubbia ascrizione" (Decreto Degan del 1984) e successivamente definiva per la prima volta, con la L.

520/98, “l’educatore professionale” come una figura che si forma presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, con laurea triennale abilitante, a numero chiuso e con 1.500 ore di tirocinio. Il corso prevedeva anche la possibilità di interfacoltà (con almeno 35 CFU di ambito sanitario) che è stata sostanzialmente disattesa e l’impostazione è divenuta progressivamente più sanitaria. Contemporaneamente la Facoltà di Scienze della Formazione formava educatori (senza l’aggettivo “professionale”), con laurea triennale non abilitante, senza numero chiuso e con 300 ore di tirocinio e un indirizzo più pedagogico-umanistico. È quindi evidente che la divisione risale a vent’anni fa, ben prima della L. 205/2017. Sancendo l’obbligatorietà della laurea si è affermato un principio irrinunciabile: educatori non ci si improvvisa ma è necessaria una solida preparazione professionale e scientifica, che si traduce in un miglioramento dei servizi e del welfare educativo. Oltre al titolo vengono inoltre definiti gli ambiti occupazionali: si sono sanciti così alcuni principi che possono essere considerati un punto di partenza se pur restano ancora passi da compiere per dare dignità professionale a una figura spesso poco valorizzata ma sempre più indispensabile per rispondere alle molteplici e nuove sfide educative.

Per gli educatori professionali socio-pedagogici, cioè i laureati nella classe L19 (o con qualifica equivalente) non esiste alcun albo. Per i laureati da Medicina (classe Snt/2) è invece previsto dalla legge 3/2018 (Decreto Lorenzin) un albo professionale che è confluito nell’Ordine multiprofessionale del TSRM (professioni sanitarie tecniche della riabilitazione e della prevenzione).

La legge stabilisce che l’esercizio della professione di educatore professionale socio-pedagogico è subordinato al possesso del diploma di un corso di laurea in Scienze dell’Educazione e della Formazione (classe di laurea L-19). Il

titolo di pedagoga è attribuito a seguito del rilascio di un diploma di laurea abilitante nelle classi di laurea magistrale. In sintesi il DDL Iori definisce due profili che trovano un punto di contatto proprio nel sociosanitario; infatti l'educatore professionale socio-pedagogico si muove dal socioassistenziale fino al sociosanitario mentre l'educatore socio-sanitario, dal socio-sanitario al sanitario.

Con l'approvazione definitiva della Legge Iori la novità principale prevederà che per svolgere la professione di educatore sarà indispensabile essere laureati in una delle classi di laurea sopra indicate.

Ovviamente l'entrata in vigore del testo di Legge Iori, dopo le discussioni e l'approvazione in Senato, è stata accompagnata da una fase transitoria: non sono stati licenziati in tronco gli educatori senza titolo di studio, così come psicologi e assistenti sociali che occupavano attualmente questa posizione lavorativa.

La fase transitoria ha ammesso che gli educatori senza laurea potranno completare la loro formazione attraverso un percorso intensivo, che prevede il superamento di 60 CFU presso le università anche in modalità telematica. Durante tale periodo transitorio, con inizio 1° gennaio 2018 e termine 1° gennaio 2020, gli educatori senza laurea potranno completare la propria formazione ed ottenere la qualifica necessaria per continuare a svolgere la professione.

Prima della Legge Iori la figura dell'Educatore Professionale è stata oggetto di innumerevoli studi e ricerche, da quando, agli inizi degli anni Cinquanta, ha iniziato a essere impiegata nei servizi. Ancora oggi una delle più importanti ricerche è stata quella attivata dal Ministero dell'Interno, che attivò la "Commissione Nazionale di studio per la definizione dei profili professionali e dei requisiti di formazione degli operatori sociali" i cui esiti furono pubblicati nel 1984.

La Commissione giunse ad una definizione condivisa del profilo dell'educatore professionale così delineato

*“L'educatore professionale è un operatore che, in base a una specifica formazione professionale di carattere teorico e tecnico-pratico e nell'ambito dei servizi socio-educativi e educativo-culturali extrascolastici, residenziali o aperti, svolge la propria attività nei riguardi di persone di diverse età, mediante la formulazione e attuazione di progetti educativi caratterizzati da intenzionalità e continuità, volti a promuovere e contribuire al pieno sviluppo delle potenzialità di crescita personale e di inserimento e partecipazione sociale, agendo, per il perseguimento di tali obiettivi, sulla relazione interpersonale, sulle dinamiche di gruppo, sul sistema familiare, sul contesto sociale e ambientale e sull'organizzazione dei servizi in campo educativo”.*

Questa definizione, contrariamente agli obiettivi che si pose la Commissione, non contribuì a produrre un profilo professionale giuridicamente riconosciuto. Sempre nel 1984 il Ministero della Sanità provvide, invece, a riconoscere la figura dell'Educatore Professionale, già presente ed inquadrata nel sistema sanitario sin dal 1979, infatti il DPR 761 del 20/12/79 ne prevedeva l'inquadramento tra le professioni della riabilitazione.

Il DM 10/2/1984 n. 1219 “Identificazione dei profili professionali attinenti a figure atipiche o di dubbia ascrizione” definì che

*“l'Educatore Professionale cura il recupero e il reinserimento di soggetti portatori di menomazioni psico fisiche. Il requisito specifico (...) di ammissione al concorso è il possesso di un corso di abilitazione di durata almeno biennale svolto in presidi del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture universitarie, cui si accede con diploma di istruzione di secondo grado”.*

È importante sottolineare che, nel tempo, furono presentate diverse proposte di legge, tese a riconoscere la figura dell'Educatore Professionale, alcune delle quali ebbero il sostegno dell'ANEP. Purtroppo, nessuna di queste fu mai approvata.

Con la sua fondazione nel 1992, ANEP (Associazione Nazionale Educatori Professionali) ritenne di redigere un documento programmatico in cui delineare il profilo professionale di riferimento per la professione, che fu così definito

*“L'Educatore Professionale è l'operatore che, in base a una specifica preparazione di carattere teorico e tecnico – pratico, svolge la propria attività mediante la formulazione e la realizzazione di progetti educativi, caratterizzati da intenzionalità e continuità, volti a promuovere lo sviluppo equilibrato della personalità e delle potenzialità, il recupero ed il reinserimento sociale di soggetti portatori di menomazioni psico-fisiche e di persone in situazione di disagio o esposte a rischio di emarginazione sociale o di devianza”.*

Un primo testo, risultato del lavoro della commissione incaricata, fu votato all'assemblea dei delegati di Rimini del 2001. Questo testo ha subito nel tempo diverse modifiche, grazie anche ai molti suggerimenti e contributi che sono pervenuti da parte dei soci.

Un successivo testo è stato quindi presentato ed approvato dall'assemblea dei delegati ANEP, che si è svolta a Ciampino nell'aprile 2002. Rimanevano da sciogliere alcuni dubbi sul piano legale, e per far questo è stato consultato un avvocato.

Successivamente, nell'Assemblea dei delegati ANEP tenutasi a Lucca nel 2009 il Codice Deontologico è stato integrato con le norme sanzionatorie. Nell'agosto 2013 il Consiglio Direttivo Nazionale dà mandato ad un gruppo di lavoro creato ad hoc di



rivedere ed aggiornare il Codice Deontologico ponendo particolare attenzione alla parte sanzionatoria. Il testo attualmente in vigore è stato approvato dall'Assemblea dei delegati ANEP che si è svolta a Genova nel maggio 2016. Questo Codice viene considerato una pietra miliare per l'ANEP, e rappresenta contemporaneamente un punto di arrivo e di partenza. Di arrivo, perché nel lungo percorso di riconoscimento ed identificazione che gli educatori hanno attraversato (e stanno ancora attraversando), la stesura di un codice, li qualifica e li rende maggiormente consapevoli dei valori e dei doveri a cui la nostra professione è legata. Di partenza, perché questo codice ha stimolato e continuerà (ci si augura) a stimolare accesi dibattiti nella nostra associazione e nei posti di lavoro, ed è la base che, contenendo alcuni punti fermi e condivisi da tutti, potrà e dovrà subire ulteriori miglioramenti e perfezionamenti. In questi anni ANEP si è impegnata nella presentazione e diffusione del Codice affinché questo potesse diventare "parte" attiva del nostro essere educatori.

In appendice il lettore troverà il testo del Codice Deontologico. L'ANEP fa parte dell' AIEJI - International Association of Social Educators - un'organizzazione di singoli educatori sociali.

L'AIEJI è stata fondata all'indomani della seconda guerra mondiale come risposta collettiva e internazionale a molti bambini e giovani rimasti orfani, senz'atetto o senza genitori dopo la guerra in quanto era chiaro che bisognava fare qualcosa per prendersi cura dei loro bisogni educativi. Numerosi incontri furono tenuti tra i rappresentanti di vari paesi europei fino a quando, nel 1951, fu creata l'Associazione Internazionale degli Educatori di Jeunes Inadapté (AIEJI). Uno dei maggiori protagonisti dell'associazione fu Henri Joubrel, tra i fondatori dell'Association Nationale des éducateurs des jeunes inadapté -

l'organizzazione nazionale francese per gli educatori sociali. Un altro personaggio importante nella storia di AIEJI è Serge Ginger, segretario generale dell'associazione per oltre trent'anni e che ha lavorato come capo esperto internazionale per l' UNESCO. Ogni 4 anni AIEJI tiene un congresso internazionale per tutti i suoi membri e professionisti affiliati, studiosi, professionisti e altri.

Nel 1992, il decreto Degan stabilì che le figure professionali che il Ministero della Sanità aveva riconosciuto, dovessero essere riordinate e la figura dell'Educatore Professionale lo fu con il DM 520/98.

Il profilo così riconosciuto, grazie all'intervento di ANEP, pur avendo valore solo per l'ambito sanitario, riconobbe la natura unitaria della professione (operatore sociale e sanitario), inoltre pose l'accento sulla natura dei progetti che realizza l'Educatore Professionale (educativi e riabilitativi). Sempre grazie al contributo fondamentale di ANEP è stato anche redatto il Codice Deontologico.

A seguito del Dlgs 229/99 e della legge 328/00 si stabilì che dovessero essere definiti i profili per gli ambiti sociale e sociosanitario, all'interno dei quali doveva trovare riconoscimento anche la figura dell'Educatore Professionale.

Ad oggi, si è ancora in attesa di tale normazione e la mancanza di un provvedimento legislativo che riconosca e definisca la professione indipendentemente dal comparto in cui opera, rende indispensabile il riconoscimento attraverso i decreti previsti da queste normative.

Qui di seguito vengono presentate le proposte formative, liberamente rintracciabili in internet, di tre università lombarde in relazione al profilo di Educatore Professionale, Terapista della Riabilitazione Psichiatrica, Educatore Professionale Socio-Pedagogico.

- 1) Università degli Studi di Milano – Facoltà di Medicina e Chirurgia – CdL in Educazione Professionale L/SNT2 - Professioni sanitarie della riabilitazione.

Sono previsti 180 CFU, la durata è di 3 anni e la frequenza è obbligatoria. I posti disponibili sono 80 + 2 riservati a cittadini extra UE e 1 è riservato a studenti del progetto Marco Polo. Per essere ammessi alla prova finale (5 CFU) lo studente deve avere acquisito tutti i crediti delle attività formative declinate nel piano degli studi e previsti dall'ordinamento didattico e aver superato tutti gli esami di profitto, le idoneità, compresi quelli relativi all'attività di tirocinio.

La prova è organizzata con decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca di concerto con il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, in due sessioni definite a livello nazionale. La prova finale, con valore di esame di stato abilitante alla professione di Educatore Professionale si compone di due momenti di valutazione. Durante la prova viene chiesto di scrivere un progetto educativo da spiegare davanti ad una Commissione formata da tecnici: la prova si intenderà superata se il candidato avrà conseguito l'idoneità della stessa. Dopo la prova, lo studente dovrà dissertare di un elaborato di tesi che dovrà essere un lavoro di approfondimento, progettazione e di ricerca, inerente a tematiche o discipline strettamente correlate al profilo professionale di educatore.

Il corso di laurea in Educazione Professionale fornisce le conoscenze per: programmare, gestire e verificare interventi educativi mirati alla promozione della salute e allo sviluppo delle potenzialità di soggetti in difficoltà, per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia; contribuire a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare progetti educativi integrati; programmare,

organizzare, gestire e verificare le proprie attività professionali all'interno di servizi e strutture socio-sanitarie, riabilitative e socio-educative in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture/servizi, con il coinvolgimento dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività; operare sulle famiglie e sul contesto sociale, allo scopo di favorire processi di integrazione e aggregazione sociale; partecipare ad attività di studio, ricerca e documentazione finalizzate agli scopi sopra elencati. Il laureato in Educazione Professionale formula e realizza progetti educativi volti a promuovere lo sviluppo equilibrato della personalità, il recupero e il reinserimento sociale di persone con menomazioni psicofisiche, in situazioni di rischio e di emarginazione sociale. Lavora con bambini, giovani, adulti e anziani, per prevenire e superare difficoltà e disagi sociali dovuti a disabilità, devianza, dipendenza, povertà, marginalità, malattia mentale.

L'Educatore Professionale svolge la sua attività professionale in servizi sanitari, sociosanitari e socio-educativi pubblici o privati, sul territorio, nelle strutture residenziali e semiresidenziali, in regime di dipendenza o libero professionale. I servizi possono essere di carattere ambulatoriale (Ser.D., Centri Psico Sociali o Centri d'Igiene Mentale, Centri di Prima Accoglienza, ecc.), diurno (Centri Socio Educativi, Degenze Diurne Riabilitative, Centri Diurni Integrati, Centri di Aggregazione Giovanile, Centri Diurni Psichiatrici, ecc.), residenziale (Comunità Riabilitative, Residenze Sanitarie Assistenziali, Comunità psichiatriche, Comunità per persone Disabili, ecc.).

- 2) Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano - Corso di Laurea Triennale in Scienze dell'Educazione e della Formazione L-19.

Sono previsti 180 CFU e la durata è di 3 anni. L'ammissione al corso segue il criterio cronologico semplice: le domande di immatricolazione vengono accolte fino ad esaurimento dei posti disponibili. Questo corso di laurea intende fornire le competenze necessarie per poter progettare, realizzare e gestire interventi nel campo della formazione e dell'educazione. La laurea in Scienze dell'Educazione e della Formazione prepara professionisti con competenze ed abilità adatte a tutti quei contesti lavorativi che hanno a che fare con la formazione e l'educazione. Il percorso permette di acquisire conoscenze e competenze teoriche e pratiche relative all'educazione e alla formazione della persona. Il corso prevede un unico curriculum, personalizzabile da parte dello studente. E' possibile, a seconda delle proprie attitudini e dei propri interessi, orientare il proprio percorso di studio in relazione a diversi ambiti specifici quali: educazione dell'infanzia; servizi alla persona; formazione degli adulti.

Il laureato può essere impiegato come educatore, operatore pedagogico, educatore sociale, educatore in ambito giudiziario, tutor in contesti formativi, creatore di interventi di formazione professionale, operatore ai servizi per l'impiego, consigliere dell'orientamento.

A seconda dell'impostazione data al percorso di studi, i laureati potranno ricoprire il ruolo di: educatori nei servizi socioeducativi gestiti dal settore pubblico o dalle cooperative sociali nell'ambito dei servizi rivolti all'infanzia (asili nido, ludoteche, centri di assistenza), formatore, tutor d'aula e online, progettista di formazione nelle imprese.

### 3) Università Bicocca di Milano, Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione – DM 270

Sono previsti 180 CFU e la durata è di tre anni e i posti disponibili sono 670.

Il corso di studi forma la figura di educatore professionale socio-pedagogico, un professionista che svolge attività nel campo dell'educazione formale e non formale in servizi e interventi rivolti a ogni età della vita, a individui, gruppi e collettività tanto nell'ambito della "normalità" quanto del disagio psicosociale, dell'emarginazione, della fragilità e dell'inclusione sociale. All'interno di queste aree l'educatore professionale opera al fine di promuovere, sostenere, riattivare percorsi educativi di sviluppo individuali e collettivi caratterizzati da benessere, autonomia, conoscenze, competenze, esercizio dei diritti e dei doveri di cittadinanza. La possibilità di operare in tali progetti e servizi esige che il laureato possieda conoscenze adeguate in merito: al contesto storico, sociale e culturale nel quale si collocano i servizi e i progetti educativi; alla capacità di analizzare pedagogicamente le esperienze educative intenzionali e non intenzionali; alla declinazione in situazione degli strumenti d'analisi, di progettazione, di valutazione e di comunicazione. Il corso di studio prevede la formazione dell'educatore professionale socio-pedagogico con all'interno un percorso specifico per qualificare gli operatori dei servizi educativi per l'infanzia.

Il corso di laurea ha lo scopo di assicurare allo studente un'adeguata padronanza di contenuti generali a carattere epistemologico, teorico e storico, nonché dei metodi necessari alla conoscenza delle problematiche educative in diverse declinazioni operative, fra le quali educatori dell'infanzia, educatori residenziali e territoriali, educatori degli adulti. Il corso di studi forma un professionista che svolge attività nel campo dell'educazione formale e non formale in servizi e interventi rivolti a ogni età della vita, a individui, gruppi e collettività tanto nell'ambito della normalità quanto del disagio psicosociale, dell'emarginazione, della fragilità e

dell'inclusione sociale. All'interno delle precedenti aree, l'educatore professionale opera al fine di promuovere, sostenere, riattivare percorsi educativi di sviluppo individuali e collettivi caratterizzati da benessere, autonomia, conoscenze, competenze, esercizio dei diritti e dei doveri di cittadinanza.

#### 4) Università degli Studi di Milano – Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica - L/SNT2 - Professioni sanitarie della riabilitazione

Sono previsti 180 CFU, la durata è di tre anni e i posti disponibili sono 25 + 1 è riservato a cittadini extra UE. La frequenza è obbligatoria e la prova finale della laurea ha valore di esame di stato abilitante all'esercizio della professione.

I laureati in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica sono operatori sanitari che svolgono, in un'équipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi su soggetti con disabilità psichica. Collaborano alla valutazione della disabilità psichica e delle potenzialità del soggetto; analizzano bisogni e istanze evolutive; rivelano le risorse del contesto familiare e socio ambientale; collaborano all'identificazione degli obiettivi formativo-terapeutici e di riabilitazione psichiatrica, e alla formulazione dello specifico programma di intervento mirato al recupero del soggetto in trattamento; attuano interventi volti all'abilitazione/riabilitazione nella cura di sé e nelle relazioni interpersonali e, se possibile, in un'attività lavorativa; operano nel contesto della prevenzione primaria sul territorio per promuovere lo sviluppo delle relazioni di rete, favorire l'accoglienza e la gestione delle situazioni a rischio di patologie manifestate; operano sulle famiglie e sul contesto sociale dei soggetti, per favorirne il reinserimento nella comunità; collaborano alla valutazione degli esiti del programma di abilitazione/riabilitazione in relazione agli obiettivi prefissati.

Il laureato in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica svolge la sua attività professionale finalizzata alla riabilitazione e al reinserimento sociale delle persone in cura, presso strutture e servizi sanitari pubblici o privati quali Centri di Salute Mentale; Comunità Riabilitative; Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura; Servizi per le tossicodipendenze; Residenze Sanitarie Assistite e Servizi Riabilitativi Geriatrici, strutture per minori, anziani, famiglie, ecc. e nella comunità per svolgere interventi preventivi, educativi e riabilitativi, ecc.

È interessante notare che in nessun corso di laurea tra quelli citati vengono menzionati questioni relative all'analisi dei costi, alla comunicazione e al marketing sociale, all'operational planning e una qualche reportistica economica.

L'idea che l'educatore debba solo occuparsi della relazione e non anche di tutti gli strumenti necessari per poter progettare, realizzare e valutare una qualsivoglia attività educativo-riabilitativo è dura a morire. Le risorse economiche allocate alle progettualità riabilitative risultano essere sempre più esigue e l'orizzonte futuro non promette nulla di buono.

Sono anni che insisto sulla possibilità di sondare altre e nuove possibilità, nel settore del privato per esempio, per poter realizzare attività interessanti e stimolanti che inevitabilmente hanno un costo e che necessariamente necessitano di una reportistica e di un'adeguata struttura organizzativa.

In maniera provocatoria, durante i miei primi anni di formazione, uno dei miei docenti soleva ripetere *“abbiamo riempito l'Italia di cestini di vimini, di decoupage e di stencil....il più delle volte anche brutti”*.

Io ho smesso di farli e questo accadeva oltre vent'anni fa.



## CONCLUSIONI

Anche questa nuova avventura letteraria è giunta al termine. Molti degli argomenti tematizzati in questo testo erano stati da me già precedentemente affrontati ma la stesura di questo saggio mi ha consentito di approfondirli e sistematizzarli.

A differenza di alcuni dei miei precedenti libri, i cui temi erano sostanzialmente diversi e per i quali ho impiegato molti mesi, questo è stato scritto in “soli” 5 mesi perché volevo che fosse pronto da presentare all’editore prima dell’estate 2020.

A febbraio 2020, però, la vita di milioni di persone è stata stravolta dalla pandemia Sars-Cov 2, comunemente nota come Covid 19. Nei giorni dell’emergenza, del lockdown, delle migliaia di morti e di una condizione di paura e di incertezza generalizzata sembrava che l’umanità intera sarebbe stata spazzata via. Riporto alcune tracce dell’articolo scritto per il sito dell’ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano nel mese di maggio. È un pezzo che non offrire dati statistici su come i servizi territoriali psichiatrici hanno tenuto all’ondata mortale di questa pandemia mondiale. Per poter fare una riflessione approfondita sulle ricadute sociali, sanitarie, economiche e su altri aspetti bisognerà attendere la fine di questo tsunami. I mass media hanno sempre parlato, e continuano a farlo, solo di una categoria di persone con fragilità (cliniche, disabilità, comorbidità, comorbilità, ecc.) che hanno pagato un prezzo altissimo: in molte zone intere generazioni di anziani sono stati spazzati via dalla furia della morte.

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale, troppo spesso bistrattato, ancora una volta ci ha traghettato fuori dal pericolo ma il

prezzo pagato anche dagli operatori sanitari è stato altissimo. Continuo a sentire molte persone definirli “eroi” ma io non credo si debba onorarli così: forse abbiamo imparato che chi lavora in sanità svolge il proprio lavoro al massimo delle sue possibilità e in ottemperanza ai dettami costituzionali e alle norme stabilite da ogni albo professionale. Come anche affermato dalla SIP (Società Italiana di Psichiatria) i servizi psichiatrici territoriali e residenziali sono stati in grado di contenere al minimo non solo il contagio da Covid-19 ma anche la riduzione del fenomeno dei revolving door e i Trattamenti Sanitari Obbligatori. Spesso molti miei amici mi hanno chiesto quale fosse la situazione della psichiatria durante l'emergenza tra febbraio e maggio e qualcuno si meravigliava che il CPS fosse ancora aperto e che io continuassi ad andare a lavorare. Come tutte le strutture territoriali psichiatriche, anche il CPS di zona 4 sito in una delle aree metropolitane con il più alto tasso di persone in carico al CPS con patologie psichiatriche gravi, è rimasto aperto. L'emergenza determinata dalla pandemia Covid-19, ha avuto pesanti effetti sulla vita di tutti, ma ancora più gravi per le persone con sofferenza mentale, come anche per anziani e disabili. Proprio in questi giorni è stata diffusa dall'OMS la guida “Covid-19”, che indica tra i servizi essenziali da garantire quelli per la salute mentale, che riguardano ogni anno in Italia circa 900 mila persone.

Al momento non disponiamo di stime attendibili sul rischio di infezione per i pazienti psichiatrici, tuttavia l'elevata frequenza di malattie respiratorie per gli alti livelli di tabagismo e la permanenza protratta in contesti residenziali, fa ragionevolmente presumere un elevato rischio di contagio. Purtroppo, le importanti misure disposte dalle Regioni per fronteggiare l'emergenza sanitaria non sempre hanno tenuto conto della salute mentale e della sicurezza di pazienti e operatori sanitari, da tempo carenti. Auspico che le Regioni,

d'intesa con il Governo (Ministero della Salute o ISS), emanino direttive univoche e valide su tutto il territorio nazionale per definire percorsi di accesso alle cure dei pazienti Covid-19 positivi e per assicurare adeguati dispositivi di protezione agli operatori.

*“Ciò è particolarmente vero per tutti quei pazienti che non hanno sufficiente compenso psicopatologico e che non sono collaborativi, come nel caso dei TSO... Ricoverarli in un reparto Covid ordinario, senza il supporto di una specifica assistenza, vuol dire mettere a rischio la loro salute e quella degli altri”* ha dichiarato il presidente della SIP.

Se si vuole iniziare a comprendere come è stato affrontato il coronavirus in Lombardia, bisogna leggere un documento vecchio di 10 anni: la delibera della Regione del 22 dicembre 2010 (presidente Roberto Formigoni, assessore alla Sanità Luciano Bresciani): bisogna farlo perché nelle emergenze si tende a perdere la memoria storica, e oggi la parola pandemia sembra avere richiami ancestrali che risalgono dal Medioevo, mentre l'Italia e la Lombardia una pandemia l'hanno affrontata in tempi recentissimi, proprio nell'inverno 2009/2010, quando si diffuse il virus H1N1, la cosiddetta influenza suina. La malattia, al contrario di quel che si temeva, ebbe poi un modesto quadro clinico e non stressò i servizi sanitari territoriali. Nella tabella del 2010 si può notare come una nuova pandemia sia arrivata e ciò che all'epoca era stato previsto sia rimasto inapplicato. Anche per questo il Covid-19 ha avuto conseguenze devastanti. Il Covid-19 ha dimostrato quanto sarebbe stato invece fondamentale (come ripete da giorni il primario infettivologo Massimo Galli dell'ospedale Sacco) avere una rete efficiente di medicina del territorio per isolare in anticipo i casi sospetti e curarli prima della necessità di un ricovero. Nel decennio trascorso però il piano pandemico lombardo, nei suoi tratti essenziali, è stato abbandonato: con

tutte le lacune che erano definite già nel 2010. Osservatori qualificati, giornalisti, accademici e analisti specializzati in gestione delle crisi – sia nazionali che internazionali - hanno mosso critiche circostanziate al governo italiano per vari aspetti relativi alla gestione dell'emergenza: i ricercatori dell'Università di Harvard hanno rilevato un ritardo di 3 settimane nell'attivazione del blocco totale del Paese, hanno bocciato i provvedimenti gradualisti, come i decreti che in Italia hanno intensificato l'isolamento sociale in modo progressivo, e hanno criticato l'Italia perché non si sarebbe rivelata all'altezza nel tracciare la linea dei contagi. Il *The New York Times* ha espresso riserve dichiarando che le autorità hanno annaspato nel determinare incisive misure contro l'epidemia, denunciando opportunità mancate e critici passi falsi, quali l'emissione di messaggi contrastanti che hanno seminato confusione e mancato coordinamento tra le autorità nazionali e quelle locali e che avrebbero peggiorato gli effetti negativi della pandemia. Un'inchiesta di *The Globalist Syndication*, testata specializzata in giornalismo d'inchiesta, ha riportato dichiarazioni di Andrea Crisanti, professore ordinario di epidemiologia e virologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova, il quale ha denunciato i numeri inesatti divulgati dalle autorità durante la gestione dell'epidemia nonché le inefficaci strategie di contenimento e di monitoraggio dei pazienti risultati positivi al virus. Anche la Federazione Relazioni Pubbliche Italiana (FERPI) ha evidenziato il parere di specialisti che hanno denunciato gli errori compiuti dal governo Conte II sul fronte della comunicazione di crisi. Diversi quotidiani a tiratura nazionale come *Corriere della Sera* e *HuffPost* hanno denunciato gli errori fatti nella gestione della crisi epidemica, in relazione a un piano pandemico redatto ben 10 anni fa ma ignorato e non applicato, alle critiche alla comunicazione del presidente del Consiglio Giuseppe Conte, giudicata a più

riprese inadeguata alla gravità della crisi e all'inadeguatezza della risposta da parte delle istituzioni con particolare riguardo al ritardo nella liquidazione delle provvidenze economiche previste dai decreti del Governo mentre quotidiani di stampa regionale hanno evidenziato l'insufficiente coordinamento tra le autorità civili e quelle militari nella gestione dell'emergenza. Anche la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri ha denunciato pubblicamente la mancanza di dati sull'esatta diffusione dell'epidemia, la gestione confusa da parte delle istituzioni della realtà delle RSA e dei centri diurni per anziani, la mancata fornitura di protezioni individuali ai medici del territorio, la pressoché totale assenza delle attività di igiene pubblica, la mancata esecuzione dei tamponi agli operatori sanitari e il mancato governo efficace del territorio. Ulteriori discussioni nella comunità scientifica sono state sollevate dall'analisi dell'approccio alla gestione della pandemia differente adottato da due regioni per molti versi con scenari inizialmente sovrapponibili, Lombardia e Veneto, le cui scelte da parte delle istituzioni locali hanno generato effetti completamente diversi sul fronte degli ospedalizzati e dei decessi.

Sono state aperte numerose inchieste penali per omicidio ed epidemia colposa a causa della decisione da parte di alcune istituzioni di confinare i contagiati nelle case di riposo per anziani.

Il noto costituzionalista Sabino Cassese ha denunciato l'inefficace coordinamento tra le istituzioni nazionali e quelle locali, sollecitando il potere legislativo a ridisegnare il perimetro delle reciproche competenze, e lamentando anche la mancata applicazione dell'articolo 117 della Costituzione, che riserva allo Stato i compiti in materia di profilassi internazionale, dell'articolo 120 della Costituzione che consente al Governo di sostituirsi alle Regioni in casi di

pericolo grave per l'incolumità, e della legge 833 del 1978 che assegna al Ministero della Salute - e non alle Regioni - il compito di intervenire direttamente in caso di epidemie.

In una situazione come quella di emergenza che abbiamo vissuto (e che non sappiamo con certezza se si potrà ripresentare) i medici di famiglia, i pediatri e i farmacisti sono, con ruoli diversi, determinanti per aiutare a individuare chi è infetto, per impedire che vada in ospedale quando non è necessario, per aiutare i malati cronici, rari, le persone immunodepresse a essere curate a casa perché sono quelle più a rischio.

La Lombardia ha dimostrato gli enormi limiti delle proprie scelte soprattutto con servizi territoriali rarefatti, con enormi difficoltà come spesso denunciato dai medici di famiglia e da altri ordini professionali e con un modello basato sulle strutture che ha affrontato il disastro delle residenze sanitarie per anziani vedendo morire le persone senza avere una vera alternativa come può e deve essere in queste situazioni poter curare a casa. Negli ultimi venti anni si è investito molto poco sul territorio, in molte regioni i medici di famiglia sono diminuiti perché andati in pensione e non sostituiti, idem per i pediatri, l'assistenza domiciliare non ha standard e spesso è inesistente, i servizi di prevenzione territoriali si sono ridotti per mancanza di risorse economiche e umane disponibili causa blocco del turn over.

Siamo condannati al disastro? No che non lo siamo. Dipende da noi, dalle scelte che faremo e dalle priorità che ci daremo. Prendersi cura e personalizzare le cure vuol dire adattare i modelli ai bisogni delle persone e non viceversa. Fare un serio piano di investimenti sia tecnologici che infrastrutturali e di risorse umane competenti...e anche un po' meglio pagate aggiungo io. È necessario investire sui professionisti che vivono e operano sul territorio responsabilizzandoli.

Tra le scelte politiche programmatiche in materia sociosanitaria non è più procrastinabile la creazione di un fondo vincolato per le cure domiciliari e territoriali. Questo consentirebbe concretamente di aiutare ad assistere le persone a casa con i servizi realizzati dalle tante competenze che già ci sono e che in questo settore operano sia pubbliche che private che no profit. Infine, questo ci potrebbe consentire di fare una prima scelta strategica sul futuro con servizi che si adattino ai bisogni delle persone e ne rispettino il diritto alla cura: “*#prima le persone*” forse potrebbe non essere solo un hashtag ma un’occasione per ripensare le priorità del nostro stato sociale.

Le persone che soffrono di una patologia psichiatrica hanno sovvertito, e continuano a farlo, l’ordine costituito e rappresentano essi stessi un “pericoloso” elemento confusivo. Esse vivono una drammatica condizione di dolore che ne condiziona pesantemente l’esistenza ma continuano ad interpellarci, anche con ironia, con forza e con determinazione che non esiste un solo modo di funzionare socialmente. Esse insinuano il dubbio che le teorie e le diagnosi forse non spiegano tutto: esse rappresentano una “minaccia” e ci ricordano che l’evoluzione umana ha visto innumerevoli cambiamenti e che le scienze umane, la medicina, le ricerche scientifiche e la dottrina giurisprudenziale hanno sancito inequivocabilmente che non c’è nulla di anormale nell’avere un differente funzionamento sociale (posto che non sia in pericolo concreto la propria vita e quella altrui) e che tutte le persone hanno diritto agli stessi diritti davanti alla legge.

Per quanto riguarda gli educatori professionali e i terapisti della riabilitazione psichiatrica a cui questo testo è in particolare rivolto, il loro ruolo e il loro percorso formativo è stato, in Italia, per molti aspetti lungo e complesso.

L’EP è un operatore che agisce in tutte le aree di criticità della società contemporanea e deve farsi carico delle contraddizioni

che la caratterizzano, a partire da cosa effettivamente significhi pensare e fare educazione e riabilitazione oggi, soprattutto nei molteplici e variegati contesti in cui si manifesta il disagio sociale. Nel corso degli ultimi vent'anni si è giunti ad una definizione del profilo, malgrado fin dagli anni Cinquanta tale operatore fosse di fatto (anche se con nomi diversi) già presente sia nel nostro paese che nei paesi europei, nei servizi finalizzati alla riabilitazione e al reintegro di individui psichicamente e fisicamente svantaggiati.

Oggi, al termine di un iter normativo piuttosto sofferto, la sintesi tra le diverse competenze non appare ancora del tutto compiuta e organizzata secondo una stabilizzazione che ne individui in modo esaustivo compiti e funzioni. La difficoltà di raccogliere in un'unica figura professionale una pluralità di ruoli ha portato alla definizione di percorsi formativi differenziati. Attualmente infatti esistono due corsi di laurea triennali aventi la medesima denominazione di Corso di Laurea per Educatore Professionale, ma appartenenti a due distinti ambiti disciplinari: quello pedagogico (classe L19, lauree in scienze della formazione) e quello sanitario (classe SNT/2, lauree sanitarie della riabilitazione). Si tratta di un doppio binario che mette in luce i nodi giuridici non ancora completamente risolti e testimonia il fatto che la figura dell'EP rimane sotto taluni aspetti incerta.

L'educatore professionale è un operatore sociosanitario che svolge il proprio lavoro all'interno di un'équipe multidisciplinare programmando, attuando e verificando interventi educativo-riabilitativi. Le attività che egli organizza, coordina e svolge assieme all'utente sono finalizzate ad aumentare l'autonomia del soggetto in difficoltà e la sua integrazione sociale, con un conseguente miglioramento della qualità della vita.



Nella storia della salute mentale le definizioni di riabilitazione sono state molteplici e sono variate con l'evoluzione del concetto stesso di psichiatria. Diversi, inoltre, sono i modelli teorici e le metodiche di intervento che si sono sviluppati.

Nel 1952 vengono scoperti gli psicofarmaci, negli anni Sessanta si assiste alla deospedalizzazione (non ancora deistituzionalizzazione) e diminuiscono la disponibilità ed il numero dei posti letto. La deospedalizzazione, nella gran parte dei paesi occidentali, fu dovuta principalmente a motivi economici e quest'ultimo aspetto fu decisivo per avviare il processo di deospedalizzazione in Italia, dove fondamentale fu il contributo del movimento antistituzionale il cui leader indiscusso è stato Franco Basaglia. Bisogna fare attenzione a non confondere il movimento antistituzionale con quello dell'antipsichiatria, che nato in Gran Bretagna, affermava che la malattia mentale non esiste ma è una costruzione della società e del potere che vuole alcuni soggetti in posizione di inferiorità. Thomas Szasz (autore citato nelle pagine precedenti) è il principale esponente di questo movimento. Il problema non è tanto negare la malattia ma combattere lo stigma e riconoscere ai malati mentali pieni diritti di cittadinanza. Perché ci sia deistituzionalizzazione non è sufficiente chiudere i manicomi, ma è necessario garantire condizioni diverse per le persone ammalate cosicché esse abbiano la possibilità di godere dell'integrazione e del riconoscimento dei propri diritti.

Negli anni Novanta si è assistito al passaggio dal Welfare State (lo Stato assiste il cittadino dalla culla alla tomba) al Welfare Mix (accanto all'intervento dello Stato si sviluppano un insieme di interventi e servizi organizzati da enti pubblici e privati, anche informali). Il Welfare Mix non si sviluppa solo per motivi economici, ma per il riconoscimento del cittadino inteso non solo come bisognoso, ma anche come risorsa.

Parlare di salute mentale, però, non riguarda solo una categoria di persone, ma tutti. Essa include tutte quelle realtà molto variegata che possono concorrere a garantire una salute mentale di buon livello. Il 2001 è stato l'anno dedicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, alla salute mentale e l'Italia è stata un esempio positivo da imitare. Tra le patologie psichiatriche più invalidanti sotto diversi punti di vista viene segnalata la diagnosi di schizofrenia. Nel tempo essa è stata elaborata con diverse modificazioni al suo interno sia di carattere quantitativo, come la durata minima e accettabile di comparsa di alcuni sintomi, sia di tipo qualitativo, come la definizione delle cosiddette "bizzarrie" ovvero di comportamenti anomali, che vanno però analizzati in stretta correlazione con il contesto socio-territoriale in cui si cresce e si sviluppa la malattia. L'OMS la definisce come

*"... un disturbo caratterizzato da profondi scompensi del pensiero e delle emozioni, che alterano il linguaggio, le capacità cognitive, la percezione e il senso del sé. Talora comprende esperienze definite psicotiche quali allucinazioni e credenze irreali e persistenti, conosciute come deliri".*

L'obiettivo delle terapie psicofarmacologiche dovrebbe essere quello di migliorare la sintomatologia riducendo al minimo possibile la presenza degli effetti collaterali: in tal modo la persona dovrebbe poter aumentare la propria qualità di vita ma come afferma Baldessarini *"sfortunatamente gli antipsicotici tipici non rispettano tutte queste caratteristiche"*. Egli include tra i fattori legati ai farmaci che influenzano la compliance la latenza dell'effetto terapeutico, la rapida insorgenza e persistenza degli effetti collaterali e la rapida scomparsa degli stessi. Uno dei significati che vengono attribuiti alla somministrazione e all'efficacia delle terapie

psicofarmacologiche risiede nell'integrarle con l'agire educativo-riabilitativo quotidiano. Anche lo psichiatra Dell'Acqua afferma

*“...cercare d'accordo col medico un numero ristretto di psicofarmaci e non chiedere di cambiarli spesso senza valide ragioni. In genere un buon trattamento psicofarmacologico non richiede mai più di due farmaci...”*

Risulta chiaro quindi che l'esperienza soggettiva che ogni individuo sperimenta attraverso la pratica dell'assunzione della terapia contribuisce in maniera preponderante a stabilire il successo o meno della stessa ed è frutto di un complesso processo di valutazione tra costi e benefici, in termini umani e di salute. Dalla letteratura sull'argomento emerge un altro aspetto critico

*“...sulla corretta valutazione della gravità dei sintomi collaterali extrapiramidali <sup>6</sup>(...) si osserva che c'è stata e c'è ancora una*

---

<sup>6</sup> Gli effetti extrapiramidali sono causati soprattutto dagli antipsicotici tipici, e vengono anche definiti come "effetti Parkinson-simili" perché assomigliano ai sintomi che si manifestano negli individui affetti da morbo di Parkinson. Tali effetti sono causati dall'antagonismo degli antipsicotici nei confronti dei recettori D2 della dopamina che si trovano nelle aree nigrostriatali del cervello. I sintomi extrapiramidali comprendono: distonia, acatisia (impossibilità di restare fermi e seduti), movimenti involontari, bradicinesia, rigidità muscolare, tremori, andatura strascicata. Infine, gli antipsicotici possono causare l'insorgenza di un particolare disturbo noto come sindrome neurolettica maligna, caratterizzato da febbre, disidratazione, rigidità muscolare, acinesia, sudorazione, tachicardia, aritmia;

*sottovalutazione di questo problema con importanti risvolti sulla pratica clinica” (Rossi, A. Stratta, P. Arduini, L. 2002).*

Gli stessi autori sostengono che spesso la valutazione clinica non è in grado di analizzare la percezione soggettiva dell'effetto collaterale da parte del paziente. A seguito di numerose ricerche e di molti tentativi, anche casuali, di sintetizzazione, sono stati introdotti sul mercato dei nuovi farmaci per la cura della sintomatologia psicotica, ovvero gli antipsicotici detti atipici o di nuova generazione. I nuovi antipsicotici atipici come clozapina, risperidone, olanzapina e quetiapina sembrano avere un'efficacia comparabile, minori effetti collaterali, migliore tollerabilità e un impatto più favorevole sulla qualità di vita se comparati con gli antipsicotici convenzionali.

Inoltre, sono stati evidenziati dei miglioramenti sia dei sintomi psicotici, sia della sintomatologia negativa con maggiore vitalità e minore spossatezza e senso di apatia. Tutto ciò favorisce le potenzialità della persona e il suo reinserimento nella società con possibili attività lavorative e di occupazione del tempo. Un'altra categoria di farmaci che ha senso di essere brevemente menzionata riguarda i cosiddetti anticolinergici o antiparkinsoniani, la cui funzione è quella di contrastare gli effetti extra-piramidali in seguito alla somministrazione degli antipsicotici tipici e atipici. Capita non di rado che vengano prescritti già insieme alla terapia antipsicotica per contrastare fin da subito i fastidiosi effetti della distonia, dell'acatisia e della discinesia. Ipoteticamente si tratta di un tipo di terapia che non dovrebbe durare più di tre mesi al fine di poter in seguito verificare lo stato dei sintomi extra-piramidali ed eventualmente modificare la terapia antipsicotica. Idealmente bisognerebbe seguire questo tipo di iter poiché gli anticolinergici producono un alto grado di assuefazione e di

dipendenza tale per cui in seguito può risultare molto più complicato farne a meno. Più in generale per ottenere una buona compliance da parte del paziente è necessario che tutti i professionisti della rete facciano la propria parte e nelle funzioni del proprio ruolo e sappiano fornire assistenza e informazioni precise allo scopo di rendere più chiaro di quanto non lo sia lo stato di malattia, le sue caratteristiche e le diverse conseguenze, positive e negative, della terapia psicofarmacologica.

Anche in psichiatria, così come in altri ambiti delle professioni d'aiuto, vi è stata una progressiva evoluzione della mentalità e della messa in atto di pratiche volte a garantire, raggiungere e mantenere lo stato di benessere della persona coinvolta. In base a tale evoluzione anche la presa a carico ha cominciato a diversificarsi e ad ampliarsi con l'integrazione di diverse figure professionali e ad oggi il lavoro multidisciplinare e di rete che viene svolto si compone di un ventaglio di professionisti che, per la presa in carico di persone con difficoltà e problematiche psichiatriche, spazia dal medico di base, allo psichiatra, all'educatore, all'infermiere e altri operatori del sociale. Poter riconoscere che oltre i farmaci ci sono tutta una serie di cose normali: relazioni normali, amicizie, amore, lavoro, affetti che ti sono possibili, questo ti fa credere che il tuo stato di disagio momentaneo è passibile di cambiamento

Una competenza ancora poco sviluppata in ambito educativo-riabilitativo è riferita agli aspetti del processo della valutazione: l'educatore ha il compito di "tarare" la situazione iniziale dell'utente, tenendo conto dei vari aspetti che compongono la situazione di vita nel momento in cui si entra in contatto con il servizio. La valutazione serve ad orientarsi ed orientare l'andamento del progetto di vita co-costruito con la persona, a verificare quali aspetti e caratteristiche sono funzionali ed invece poter apporre delle modifiche nel momento in cui si

prende atto che vi sono degli aspetti non adatti, o non più adatti al percorso terapeutico-riabilitativo.

Attuando strategie che favoriscono il raggiungimento degli obiettivi prefissati assieme all'utente si riassumono le attività svolte dall'EP nelle seguenti tipologie:

- dirette: instaurare una relazione educativa con l'utente,
- indirette: svolgere attività di progettazione, programmazione, verifica e valutazione degli interventi in modo integrato con altre figure professionali,
- di secondo livello: formazione, coordinamento e supervisione di altri operatori sociali, volontari, genitori e altre figure significative.

All'educatore vengono richieste una serie di determinate caratteristiche e attitudini da mettere in campo quali l'empatia e la disponibilità alla relazione, la capacità di interagire con le altre figure professionali, con la famiglia, con i servizi esterni, con i caregiver informali. Il professionista della riabilitazione deve possedere un grande senso di responsabilità, che nel limite del possibile, dovrebbe col tempo essere trasmesso alla persona interessata.

Il ruolo del riabilitatore esige molto dinamismo, iniziativa e pragmatismo e la capacità di trasmetterle al paziente con l'attenzione ad evitare lo sviluppo della sua dipendenza: la figura dell'EP si colloca in quello spazio di cerniera dove si incontrano l'aspetto sanitario e l'aspetto sociale.

Lo psichiatra Dell'Acqua afferma

*“La presenza di un progetto di cura sufficientemente chiaro e di un rapporto intenso ed affettivamente significativo permettono di discutere apertamente il significato di tutti gli atti e di tutti i programmi che si fanno insieme. Inoltre, è importante che al farmaco non sia conferita la totale responsabilità del successo del trattamento ma che il suo uso sia sempre contestualizzato e relativizzato”.*

Durante il lavoro di ricerca e di studio per la stesura di questo libro ho avuto la possibilità di sistematizzare meglio alcune conoscenze e di apprendere fatti e storie a me sconosciuti. Questo ha rafforzato in me l'idea che nella vita delle persone non esiste solo il bianco o il nero ma anche molte altre sfumature dove si celano tensioni, aspirazioni, idee, desideri e pensieri che talvolta fanno fatica ad emergere e per questo ad essere visibili.

Durante la scrittura di questo saggio e fino alla sua conclusione ho continuato a leggere documenti relativi alla riabilitazione e al management e ogni volta si aprivano spazi di nuove e ulteriori riflessioni. Per ragioni professionali, antropologiche e sociali sono ancora tremendamente interessato alle storie delle persone che rimangono tali al di là, di una diagnosi, di un lutto, di un dolore, di una condizione di miseria e di sofferenza. Il coraggio, la tenacia e la determinazione di pochi visionari hanno contribuito a rendere migliore le vite e i destini di milioni di persone: il silenzio è stato rotto e a tutti coloro che credono nei diritti e che desiderano migliorare il nostro SSN resta l'arduo compito di non far interrompere quel processo.

Questo testo non ha ovviamente la presunzione di essere esaustivo e definitivo (sicuramente qua e là ci sono delle imprecisioni, e me ne scuso anticipatamente) ma intende offrire un contributo per sviluppare alcune riflessioni sui temi dell'organizzazione e dei processi manageriali in riabilitazione, argomento considerato controverso e pochissimo discusso nella variegata comunità degli educatori.

Questo libro è giunto alla sua conclusione ma il lettore mi perdonerà se gli rubo ancora un po' del suo tempo.

Molte persone (secondo me troppi) vivono in un mondo dominato dal monitor (o dal cellulare) dove l'epopea della comunicazione naviga troppo in internet, nelle trame nascoste

delle chat e nei meandri tortuosi dei social. L'accelerazione dei processi tecnologici e mediatici ha comportato una deflagrazione cognitiva e l'impossibilità per il soggetto di mantenere a lungo l'attenzione all'altro da sé: la massa di sollecitazioni che la persona riceve a lungo andare la paralizza perché impedisce l'evolversi della conoscenza.

La ricerca, anche in ambiti considerati eticamente sensibili e poco appetibili dal punto di vista economico, ha resistito al tempo e ai vari tentativi di esonero e di esilio dalla Storia contribuendo ad aprire nuovi e interessanti spazi di miglioramento della qualità della vita delle persone con patologia psichiatrica.

Questo testo è stato scritto e terminato durante le settimane di confusione e ansia derivante dal coronavirus, nelle quali l'incertezza si è mescolata al senso di impotenza, ma sono convinto che il nostro Sistema Sanitario Nazionale, se pur acciaccato e indebolito, quando emerge un bisogno e/o un'emergenza è presente: credo che vada difeso, e riorganizzato, perché non è scontato che sopravviva.

Negli ultimi anni hanno tagliato 37 miliardi di euro, hanno chiuso decine di ospedali, migliaia di posti letto, centinaia di ambulatori, consultori, servizi territoriali, hanno bloccato le assunzioni, ridotto i corsi universitari di specializzazione, hanno precarizzato i professionisti della sanità, hanno esternalizzato e privatizzato servizi e funzioni. Hanno cercato di cambiare la sua vocazione, hanno preteso che le Regioni e le aziende sanitarie mettessero al centro la riduzione della spesa e non la tutela della salute, la "produzione di prestazioni" e non la salute pubblica. Hanno tentato di abbatterlo, di impoverirlo, di farlo morire di inedia, perché, si è pensato, anche in sanità, che la mano del mercato avrebbe supplito e risolto i problemi.

Poi, all'improvviso, un nuovo virus – il coronavirus - ci ha fatto scoprire quanto siano fondamentali i medici di famiglia,



quanto sia decisivo avere strutture pubbliche forti, ben finanziate, con professionisti esperti, in grado di far fronte all'ignoto, all'eccezionale. Nei giorni dell'emergenza nazionale l'unica voce udibile è stata quella delle strutture pubbliche, dei loro meriti e dei loro affanni. I grandi gruppi privati della sanità solo in un secondo tempo, e dietro la sollecitazione del governo nazionale e locale, sono state chiamate in cause offrendo la loro disponibilità per i casi non gravi. Eppure, tanti di loro sono accreditati con la sanità pubblica e prendono i nostri soldi. Dov'erano i loro servizi, i loro posti letto di rianimazione, i loro laboratori per fare i tamponi?

Per fortuna, grazie ai nostri principi costituzionali, alle conquiste dei decenni passati, alle battaglie di tutte e tutti quelli che in questi anni hanno combattuto in sua difesa, che lo hanno tenuto in piedi abbiamo una sanità che ha come obiettivo e come vocazione fondamentale la difesa della salute di ognuno e di tutti e tutte noi.

Abbiamo un sistema sanitario che può farlo perché è ancora fondato su una solida rete di strutture pubbliche direttamente gestite dallo Stato e dalle sue articolazioni locali.

Per fortuna, in sanità, non abbiamo più soltanto uno "Stato che regola", ma abbiamo uno "Stato che gestisce" direttamente ospedali e servizi, che può utilizzare rapidamente e efficacemente le sue risorse.

In quei giorni terribili mi sono fermato a riflettere: dopo trenta anni di riduzione delle risorse, di privatizzazioni e di chiusure, nel momento del bisogno, quello che ci serve è proprio quanto è stato messo a rischio negli scorsi decenni.

Il lettore in appendice troverà i seguenti documenti:

La legge Iori che ha regolamentato la figura dell'educatore, il Codice Deontologico, il testo della legge 23 del 2015 sul riordino del sistema sociosanitario lombardo (per promuoverne

la lettura sono riportate le parti inerenti ai temi trattati in questo testo), il testo della legge regionale 29 giugno 2016 sull'evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo: modifiche ai titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, il testo del Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2019 -2023 (anche in questo caso sono riportate solo le parti inerenti ai temi trattati nel presente libro).

Quando accompagno gli studenti nel lavoro di realizzazione di una tesi chiedo loro di non ringraziarmi...e ogni volta che arrivo alle conclusioni di un libro che ho scritto mi ripeto che non voglio ringraziare nessuno....perché voglio ringraziare tutti: i libri che ho letto, tutte le persone che ho incontrato, il mio editore e mia madre che ovunque si trovi sono convinto che continua a proteggere i suoi figli.

I miei amici che mi sopportano e mi supportano quando il fuoco sacro della scrittura si impossessa di me e polarizzo i nostri incontri e le conversazioni sulle tematiche del libro.

## GLOSSARIO

Sia dal punto di vista tecnico che dal punto di vista valoriale, è ormai ineludibile per i servizi sanitari prendere in considerazione il problema della qualità. Si forniscono qui di seguito alcune definizioni dei termini usati per la qualità e la sua valutazione. La salute è un bene irrinunciabile e ogni trattamento è un prodotto unico valutabile solo nel momento in cui lo si attua. Soprattutto in psichiatria è cruciale la circolazione di emozioni e relazioni tra operatori e pazienti.

**ACCESSIBILITA'**: possibilità per l'utente di fruire del servizio offerto (tempestività della risposta, costi diretti e indiretti, raggiungibilità del servizio, immagine del servizio).

**ACCETTABILITA'**: la possibilità che la cura venga accettata e quindi effettuata da un utente. L'accettabilità è legata alla particolare condizione fisica, psicologica o contestuale in cui quell'utente si trova in quel momento.

**AFSSL** accademia di formazione per il sistema sociosanitario lombardo: scuola di direzione sanitaria con i compiti di promuovere e garantire l'eccellenza del SSL, coordinare la rete di formazione, garantire la formazione specialistica obbligatoria non universitaria (art. 17 bis/6, art. 17 bis/7) AFT aggregazioni funzionali territoriali: forme organizzative dell'assistenza sanitaria primaria per favorire i raccordi con gli altri attori del sistema territoriale con l'obiettivo della continuità di presa in carico della persona nell'ambito del settore ospedaliero e del settore territoriale (art. 10/3, art. 10/4).

**APPROPRIATEZZA:** l'erogazione di un trattamento solo a coloro che ne hanno bisogno e che possono giovarsene e non ad altri.

**AREU** azienda regionale emergenza urgenza: ente funzionale dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, avente autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile che garantisce su tutto il territorio regionale lo svolgimento e il coordinamento intraregionale e interregionale delle funzioni a rete relative all'indirizzo coordinamento e monitoraggio dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera delle attività trasfusionali, delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti e coordinamento di trasporti sanitari (art. 16)

**ASST** Azienda Socio Sanitaria Territoriale: enti funzionali della Regione dotati di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica che concorrono all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (art. 7/2). Si articolano in due settori aziendali: rete territoriale e polo ospedaliero (art. 7/4)

**ATS** agenzia di tutela della salute: enti funzionali dotati di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica che attuano la programmazione definita dalla Regione relativamente al territorio di competenza (art. 6/1, art. 6/2).

**CICLO DELLA QUALITA':** il circuito "pensiero-azione-pensiero" sintetizzato nell'acronimo PDCA, ovvero PLAN (pianificare) - DO (fare) - CHECK (valutare ciò che si è fatto) - ACT (agire in base a ciò che si è capito e si può migliorare) e riprendere a pianificare.

**DIAGNOSI FUNZIONALE:** è il risultato del processo di conoscenza e comprensione completa dei fattori ostacolanti (sintomi, limitazioni del funzionamento personale e sociale,

fattori ambientali) e favorenti (le “risorse” personali, sociali, ambientali) la condizione di salute.

**DRG** Raggruppamenti omogenei di diagnosi MMG medici di medicina generale: unità organizzative del “sistema delle cure primarie” per l’offerta dell’assistenza sanitaria primaria (art. 10/1).

**EFFICACIA PRATICA (*Effectivness*):** fare ciò che nella situazione concreta e nel contesto in cui ci si trova ad operare si ritiene utile per perseguire il risultato atteso.

**EFFICACIA TEORICA (*Efficacy*):** fare ciò che è teoricamente utile per perseguire il risultato atteso.

**EFFICIENZA:** perseguire il risultato atteso con il minor dispendio di risorse.

**ESITO (o *outcome*):** il risultato che si ottiene o che si vuole ottenere (es. in particolare l’assunzione di un farmaco, la risoluzione sintomatologica, la consapevolezza o, in generale, la guarigione clinica, la qualità della vita, il miglioramento delle relazioni).

**GOVERNANCE CLINICA:** maggiore attenzione viene sempre più rivolta alla valutazione della qualità assistenziale in relazione alle sue diverse dimensioni: sicurezza dei pazienti (risk management); efficacia ideale e reale, appropriatezza, coinvolgimento degli utenti, equità d’accesso, efficienza. Appartengono a quest’area i percorsi assistenziali e la necessità di aumentare le competenze per i percorsi terapeutici individualizzati.

**INDICATORE:** informazione che si ritiene adeguata e rilevabile al fine di descrivere il requisito in termini numerici (es. il maggior numero possibile di utenti devono essere informati sugli effetti collaterali delle terapie al momento della prescrizione).

**INTEGRAZIONE BIO-PSICO-SOCIALE:** la possibilità di disporre oggi di farmaci, psicoterapie e interventi riabilitativi

efficaci e specifici impone competenze elevate per “combinare bene” questi interventi sanitari tra loro, in modo sequenziale e in modalità diversificate, individuali e/o di gruppo.

**LINEA GUIDA:** procedura fondata scientificamente sulla base di ricerche o del consenso di esperti volta a uniformare e efficacemente orientare la diagnosi o il trattamento di una condizione clinica (es linea guida per la diagnosi e il trattamento di un trauma cranico, per la riabilitazione nella schizofrenia, per il trattamento farmacologico della psicosi acuta).

**MANAGEMENT DEL DISTURBO MENTALE:** alcuni disturbi necessitano di percorsi complessi che coinvolgono spesso numerosi professionisti e operatori sanitari, di diversi enti, con competenze specifiche. Sono state studiate e validate strategie organizzative come ad esempio il case-manager o il care-manager, per garantire l’omogeneità degli interventi e il monitoraggio.

**MCQ (Miglioramento Continuo di Qualità):** processo e impegno continuo a tenere sotto controllo e a migliorare sia i processi che gli esiti.

**OUTOCOME:** indica l’esito, ossia la modificazione della condizione dello stato di salute dei pazienti, la cui valutazione sistematica e periodica attraverso indicatori predefiniti, espliciti e riproducibili permette di calibrare i trattamenti attivi.

**POLO OSPEDALIERO** sottosistema organizzativo delle ASST che eroga le prestazioni ospedaliere e si articola in presidi ospedalieri e/o dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura (art. 7/4, art. 7/9).

**POT Presidi Ospedalieri Territoriali:** strutture multiservizio deputate all’erogazione di prestazioni residenziali, sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e di prestazioni ambulatoriali e domiciliari (art. 7/14).

**PRESST** Presidi Sociosanitari Territoriali: modalità organizzative con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale e che concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità (art. 7/16) PSL Piano sociosanitario integrato lombardo.

**PROCEDURA**: indicazione scritta in un apposito documento tesa a uniformare il comportamento da tenersi in una data circostanza (es. procedura per la gestione di un utente aggressivo, procedura per l'accoglimento, l'informazione e l'inserimento di un nuovo dipendente, linea guida per il trattamento farmacologico della psicosi acuta).

**PROCESSO**: il modo in cui il lavoro viene organizzato (es. le modalità della prima visita o del ricovero, i profili di cura, le microequipe sul caso, l'informazione al paziente e il suo coinvolgimento).

**PROTOCOLLO**: documento programmatico per l'effettuazione di una indagine (es. protocollo per la valutazione della *compliance* di un farmaco o di una tipologia di utenti) o per stabilire un accordo tra due servizi rispetto ad una area procedurale comune (es. protocollo di collaborazione tra CPS e SERT o tra DSM e medicina di base per i TSO).

**QUALITA'**: la qualità della cura è data dalla misura in cui gli interventi sanitari prestati aumentano la probabilità di ottenere i risultati attesi a livello individuale o di popolazione secondo le possibilità offerte dalle conoscenze disponibili e all'interno dei vincoli rappresentati dalle risorse disponibili.

**QA (*Quality Assurance*)**: concetto obsoleto che definiva la assicurazione o garanzia rispetto alla qualità di un certo prodotto, in sanità si parlava di VRQ (Verifica e Revisione della Qualità) per indicare quello che sarebbe poi diventato l'MCQ.

**REQUISITO** (o criterio): caratteristica o aspetto da prendere in considerazione per valutare la qualità osservata rispetto

quella desiderata (es. l'utente dovrebbe essere coinvolto nel trattamento).

**RETE TERRITORIALE** sottosistema organizzativo delle ASST che eroga le prestazioni distrettuali (art. 7/4, art. 7/11).

**SERVIZIO SANITARIO** erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione (art. 3/2/a).

**SERVIZIO SOCIALE** erogazione di prestazioni assistenziali di supporto alla persona e alla famiglia (art. 3/2/b).

**SERVIZIO SOCIOSANITARIO** erogazione di prestazioni e servizi a elevata integrazione sanitaria e sociale (art. 3/2/c) SSL sistema sanitario, sociosanitario e sociale lombardo: insieme di funzioni, risorse, servizi, attività, professionisti e prestazioni che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria della Regione e la sua integrazione con quella sociale di competenza delle autonomie locali (art. 1/1) SSR servizio sanitario e sociosanitario regionale: costituito dall'insieme di funzioni, servizi, attività e professionisti che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria regionale (art. 1, c.2).

**SALUTOGENESI:** questo approccio, basato sui fattori che promuovono la salute, è ormai raccomandato da tutte le istituzioni e agenzie non governative. Si pensi solo alla promozione della salute mentale nelle scuole che si concentra sempre di più su fattori di autoefficacia, resilienza, ottimismo, speranza, abilità di vita e cooperazione tra pari.

**STANDARD:** valore numerico dell'indicatore che esprime la qualità desiderata (es. almeno il 50 % degli utenti al momento della prescrizione deve ricevere informazioni sugli effetti collaterali).

**TQ (*Total Quality*):** qualità dei processi e degli esiti anche in termini di soddisfazione e di partecipazione al MCQ da parte dei clienti, della società e dei componenti aziendali.

**TQM (*Total Quality Management*):** gestione e miglioramento continuo della qualità nel suo complesso di processi, esiti,



partecipazione e soddisfazione dell'utenza, ma anche rispetto alla gestione e al miglioramento dello stesso processo di MCQ.

**TRATTAMENTI EFFICACI:** oggi l'efficacia di un trattamento, non solo farmacologico ma anche psicosociale, viene valutata attraverso trial clinici controllati e randomizzati, sempre più sofisticati (alcuni con metodi "pragmatici" e partecipati) che dovrebbero impedire l'erogazione di prestazioni inutili e/o dannose. Il manuale Clinical Evidence, realizzato dal Ministero della Salute, riporta per tutte le patologie, incluse quelle psichiatriche, gli interventi di provata o probabile efficacia.

**UCCP** Unità Complesse di Cure Primarie: forme organizzative complesse a carattere multiprofessionale che coordinano le AFT e operano in maniera integrata all'interno di strutture o presidi (art. 10/3, art. 10/7).

**VALUTAZIONE:** attività di comparazione tra la qualità che si osserva e la qualità che si vorrebbe osservare, ovvero dell'oggetto e del fenomeno che si osserva rispetto a requisiti, criteri, indicatori e standard che sono predefiniti. L'oggetto o il fenomeno osservato è collocabile in una di queste tre aree: struttura, processo, esito.

## BIBLIOGRAFIA

- AA VV Bossi, Giannantonio, Ferrannini, Mencacci, *“Politiche sanitarie in psichiatria. Norme, management ed economia”*, Masson, Milano, 2003
- Barnes M. Bowl R., *Empowerment e salute mentale: il potere dei movimenti sociali degli utenti*, Erickson, Milano, 2003
- Bassi M., Di Giannantonio M., Ferrannini L., Mencacci C., Munizza C., Petrovich L., Scapicchio P. L., *Politiche sanitarie in psichiatria. Norme, management ed economia*, Masson, Milano, 2003
- Bellantuono, C., & Balestrieri, M., *Gli psicofarmaci: farmacologia e terapia*, Il pensiero scientifico, Milano, 1997
- Bonaldi A., Focarile F. et al., *Curare la qualità*, Guerini e Associati, Milano, 1994
- Bonaldi A., Focarile F. et al., *Curare la qualità*, Guerini e Associati, Milano, 1994
- Carozza P., *La riabilitazione psichiatrica nei centri diurni: Aspetti clinici e organizzativi*, Milano, Franco Angeli, 2003
- Carozza, P., *Principi di riabilitazione psichiatrica: Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Milano, Franco Angeli, 2006
- Colozzi I., *Le nuove politiche sociali*, Carocci, Roma, 2000
- Cocchi A., *Economia sanitaria e organizzazione dei servizi di salute mentale*, Rivista di Feniatria, vol. CXXII, n. 3, settembre 2000
- Crescentini, A., De Felice, F., Tonzar, *L'educatore e la riabilitazione psichiatrica*, Roma, Carocci, 2004

Crisafulli, F., Molteni, L., Paoletti, L., Scarpa, P. N., Sambugaro, L., & Giuliodoro, S., *Il core competence dell'educatore professionale: Linee d'indirizzo per la formazione*, Milano, Unicopli, 2010

D. legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, “*Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell’art. 10 della L. 13 maggio 1999, n. 133*”

DL 18 settembre 2001, n. 347, convertito in L. 16 novembre 2001, n. 405 “*Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria*”

Dell'Acqua, P., *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Feltrinelli Editore, 2010

Del Vecchio, M. (2003), “*Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica*”, in Anessi Pessina, E., Cantù, Rapporto OASI 2003, Egea, Milano

Fioritti A. (a cura di), *Leggi e salute mentale – panorama europeo della legislazione di interesse psichiatrico*, Centro Scientifico Editore, Milano, 1999

Folghereiter F., *Operatori sociali e lavoro di rete*, Erickson, Trento, 1991

Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1972

Garzotti N., Imperadore G. et al., *Buona pratica clinica nei DSM*, Il Pensiero Scientifico, Ed., Roma, 2000

Gervys G., Morosini P. Perraro F., *Enciclopedia della gestione di qualità in sanità*, Centro Scientifico Editore, Milano, 2000

Laing R., *L'io diviso*, Einaudi, Torino, 2010

Mooney G., *Problemi chiave dell'economia sanitaria*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1996

Morazzoni L., Marangelli G., *Qualità della vita e rete sociale naturale*, Prospettive Speciali Sanitarie XXIII: 9, 2003

- Normann R., *Qualità, produttività e strategia*, in Gestire la qualità nei servizi, GRAMMA (a cura di) ISEDI, Torino, 1987
- Ovretveit J., *Health Service Quality*, Blackwell S. P., Oxford, 1992
- Quaglini G. P., *Voglia di fare*, Guerini e Associati, Milano, 1999
- Paderni S., *La VRQ nel quadro di un rilancio complessivo del SSN*, in Q A, 1, 26-27, 1988
- Palmer R. H., *Efficienza gestionale e principi di base per valutare la Qualità dell'Assistenza*, in Q A, 2, 9-12, 1990
- Parasuraman A., Zeithaml V. A., Berry L. L., *Un modello concettuale di qualità dei servizi e suoi riflessi sulla ricerca futura*, in Gestire la qualità nei servizi, GRAMMA (a cura di) ISEDI, Torino, 1987
- Rotelli F., *L'istituzione inventata*. Almanacco Trieste 1971-2010, Collana 180. Archivio critico della salute mentale, ed. AB Verlag, Merano, 2016
- Sacket D. L., Rosenberg W. M. C. et al., *Evidence-based medicine: what is and what it isn't*, British Medical Journal, 312:71-72, 1996
- Scovino C., *Matti per I diritti umani*, Arcipelago Ed., Brescia, 2014
- Scovino C., Carlini C., Malgeri M., *Nuovi itinerari educativi e riabilitativi: le sfide della e nella psichiatria*”, Arcipelago Ed, Brescia, 2019
- Stratico E., *L'empowerment: una proposta per la psichiatria*, Rivista Sperimentale di Freniatria, vol. CXXV, n. 4:213-229, 2001
- Thornicroft, Tansella M., *Manuale per la riforma dei Servizi di Salute Mentale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2000

## SITOGRAFIA

[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social\\_determinants/docs/healthinequalitiesineu\\_2013\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf) European Observatory on Health Systems and Policies (2012)

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/386922/](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/386922/)

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/345599/](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/345599/)

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/)

[http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/Ministero della Salute](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/Ministero_della_Salute) (2018)

<http://cp2011.istat.it/scheda.php?id=3.2.1.2.7>

<http://cp2011.istat.it/scheda.php?id=3.4.5.2.0>

[http://www.cnahes.org/uploads/\\_cnahes/fonds/aneji%20-%20repertoire.pdf](http://www.cnahes.org/uploads/_cnahes/fonds/aneji%20-%20repertoire.pdf)

[www.anep.it](http://www.anep.it)

[www.ajei.org](http://www.ajei.org)

## **APPENDICE**

## **DECRETO IORI**

Atti parlamentari – 7 – Senato della Repubblica – N. 2443  
XVII LEGISLATURA

Le mansioni dell'educatore sono relative alla programmazione, alla progettazione, all'attuazione, alla gestione e alla valutazione delle azioni educative e formative dei servizi e dei sistemi di educazione e formazione pubblici o privati e del terzo settore. Egli concorre, inoltre, alla progettazione dei suddetti servizi e sistemi e di azioni educative rivolte ai singoli soggetti.

L'educatore professionale socio-pedagogico è in possesso delle conoscenze e delle competenze relative alla qualifica di cui all'articolo 7 e svolge le seguenti attività educative e formative: a) progetta, programma, realizza e valuta interventi e trattamenti educativi e formativi diretti alla persona negli ambiti e nei servizi individuati dalla presente legge; b) accompagna e facilita i processi di apprendimento in contesti di educazione permanente; c) accompagna e facilita i processi di apprendimento in contesti di formazione professionale; d) accompagna e facilita interventi di inserimento lavorativo; e) coopera alla definizione delle politiche formative; f) coopera alla pianificazione e alla gestione di servizi di rete nel territorio; g) collabora all'attuazione dei sistemi integrati per la gestione e la valorizzazione delle risorse umane e per lo sviluppo di competenze.

La qualifica di educatore professionale socio-pedagogico è attribuita a seguito del rilascio del diploma di un corso di laurea della classe di laurea L-19 Scienze dell'educazione e della formazione.

La formazione universitaria dell'educatore professionale socio-pedagogico, di cui al comma 1, è funzionale al raggiungimento di idonee conoscenze, abilità e competenze educative e disciplinari connesse, per lo svolgimento delle attività professionali di cui all'articolo 6 e con requisiti di qualità previsti dell'Agenzia Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca (ANVUR) secondo la normativa universitaria vigente.

La qualifica di educatore professionale sociosanitario è attribuita a seguito del rilascio del diploma di laurea abilitante di un corso di

laurea della classe L/SNT2 delle professioni sanitarie della riabilitazione.

Le università favoriscono in via prioritaria l'attivazione di corsi di laurea interdipartimentali o interfacoltà tra strutture afferenti all'area medica e all'area delle scienze dell'educazione e della formazione per il conseguimento dei diplomi di laurea nella classe L-19 ovvero nella classe L/SNT. Le università favoriscono il riconoscimento del maggior numero di crediti allo studente che, in possesso di uno dei due titoli di cui al comma 4, intenda conseguire anche la qualifica del pedagogo. Egli opera nelle aree di professionalità secondo la referenziazione nazionale delle qualifiche dell'European Qualifications Framework da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, del Dipartimento per le Politiche Europee della Presidenza del Consiglio dei ministri e dell'ISFOL, ai sensi della raccomandazione europea 23 aprile 2008.

Negli ambiti di cui all'articolo 3, il pedagogo svolge attività di progettazione, programmazione, organizzazione, coordinamento, gestione, monitoraggio, valutazione, consulenza e supervisione della qualità pedagogica dei servizi e dei sistemi pubblici o privati di educazione e formazione. Compie inoltre azioni pedagogiche rivolte a singoli soggetti.

Il pedagogo è in possesso delle conoscenze e delle competenze relative alla qualifica di cui all'articolo 10 e svolge le seguenti attività educative e formative: a) progetta, coordina, realizza e valuta interventi e trattamenti educativi e formativi diretti alla persona, negli ambiti e nei servizi individuati dalla presente legge; b) effettua la ricognizione, il coordinamento, la rilevazione, l'analisi, l'interpretazione e la valutazione funzionale di tipo pedagogico e collabora al lavoro delle équipes plurispecialistiche; c) programma, progetta, coordina, gestisce e valuta piani di formazione permanente; d) progetta, gestisce, coordina e valuta servizi e sistemi di formazione professionale manageriale; e) realizza e coordina interventi di orientamento pedagogico e di orientamento permanente nonché di consulenza, bilancio di competenze e inserimento lavorativo; f) coopera alla definizione delle politiche formative; g)



offre consulenza per la pianificazione e la gestione di servizi di rete nel territorio; h) offre consulenza per l'attuazione dei sistemi integrati per la gestione e la valorizzazione delle risorse umane e per lo sviluppo di competenze.

La qualifica di pedagista è attribuita a seguito del rilascio di un diploma di laurea abilitante nelle classi di laurea magistrale LM-50 Programmazione e gestione dei servizi educativi, LM-57 Scienze dell'educazione degli adulti e della formazione continua, LM-85 Scienze pedagogiche o LM-93 Teorie e metodologie dell'e-learning e della media education. Le spese derivanti dallo svolgimento dell'esame previsto ai fini del rilascio del diploma di laurea abilitante sono poste integralmente a carico dei partecipanti con le modalità stabilite dalle università interessate. La qualifica di pedagista è attribuita altresì ai professori ordinari, straordinari, associati, fuori ruolo e in quiescenza, ai dottori di ricerca in pedagogia, anche in possesso di titoli accademici diversi da quelli previsti dal comma 1, che abbiano insegnato discipline pedagogiche, per almeno tre anni accademici anche non consecutivi, nelle università italiane o in strutture di particolare rilevanza scientifica anche sul piano internazionale, nonché ai ricercatori universitari di ruolo in discipline pedagogiche, anche in possesso di titoli accademici diversi da quelli previsti dal comma. La formazione universitaria del pedagista è funzionale al raggiungimento di idonee conoscenze, abilità e competenze pedagogiche e nelle aree disciplinari connesse, per lo svolgimento delle attività professionali individuate nell'articolo 9, in coerenza con i livelli del QEQ e con i requisiti di qualità previsti dall'ANVUR secondo la normativa universitaria vigente.

Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca provvede, con propri decreti, ad apportare le necessarie modificazioni ai decreti del Ministro dell'Università e della Ricerca 16 marzo 2007, concernenti la determinazione delle classi delle lauree universitarie triennali e delle classi di laurea magistrale, pubblicati rispettivamente nei supplementi ordinari n. 153 alla Gazzetta Ufficiale n. 155 del 6 luglio 2007 e n. 155 alla Gazzetta Ufficiale n. 157 del 9 luglio 2007.

Ai sensi della legge 14 gennaio 2013, n. 4, le professioni di educatore professionale socio-pedagogico e di pedagogista rientrano nelle professioni non organizzate in ordini o collegi. Le professioni di educatore professionale socio-pedagogico e di pedagogista sono inserite, secondo la presente legge e in rapporto alla classificazione del QEQ, negli elenchi e nelle banche di dati degli enti e organismi nazionali e regionali deputati alla classificazione, alla declaratoria e all'accreditamento delle professioni.

Ai fini di cui al comma 2, sono attivati e aggiornati gli specifici codici professionali di educatore professionale socio-pedagogico, di educatore professionale socio-sanitario e di pedagogista, unificando la nomenclatura e la classificazione delle professioni del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, dell'ISFOL, dell'Istituto Nazionale di Statistica, dei Ministeri, delle regioni e degli altri organismi autorizzati, cui devono attenersi anche gli organismi di accreditamento e certificazione della qualità nonché le associazioni professionali e i singoli professionisti che esercitano in qualsiasi forma la professione secondo la legge 14 gennaio 2013.

La qualifica di educatore professionale socio-pedagogico è attribuita a coloro che, alla data di entrata in vigore della presente legge, sono in possesso di un diploma o di un attestato riconosciuto equipollente al diploma di laurea della classe L-19 con decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

In via transitoria, possono acquisire la qualifica di educatore professionale socio-pedagogico, previo superamento di un corso intensivo di formazione per complessivi 60 crediti, da svolgersi presso le università, anche tramite la formazione a distanza, coloro che, alla data di entrata in vigore della presente legge, sono in possesso di uno dei seguenti requisiti e intraprendono i predetti

All'attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge si provvede nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica

## **CODICE DEONTOLOGICO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE**

### **INTRODUZIONE**

Nel presente Codice Deontologico (di seguito denominato C.D.), partendo da principi etici e da valori che sono implicati nella relazione educativa, s'individuano responsabilità, doveri e impegni, applicabili nell'esercizio della professione di Educatore Professionale (di seguito denominato E.P.), indipendentemente dalla situazione di lavoro, dall'utenza di riferimento e dall'organizzazione dei servizi in cui si opera. 2. Il presente C. D. ha come obiettivo quello di determinare e di garantire la qualità della pratica professionale degli E.P., secondo principi universalmente riconosciuti e criteri esplicitati dagli stessi E. P. Il presente C.D. trova le sue radici, riconoscendosi, nella Costituzione italiana, nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948, nella Convenzione Europea per la salvaguardia dei Diritti Umani e delle Libertà Fondamentali del 1950, nella Carta Sociale europea del 1965, nella Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e Adolescenza del 1989, nonché nella Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione Europea del 2000.

### **RESPONSABILITA' NEI CONFRONTI DELLA PROFESSIONE**

L'Educatore Professionale, per poter esercitare la sua professione, deve possedere una formazione di base riconosciuta. Inoltre:

1. deve arricchire costantemente le proprie conoscenze e sviluppare le competenze personali e professionali attraverso l'aggiornamento permanente e la supervisione,
2. deve confermare l'approccio relazionale insito nelle sue funzioni, l'indispensabilità di operare per progetti, il costante confronto e la verifica anche con altre figure professionali
3. deve programmare i suoi interventi dopo aver raccolto informazioni, osservato, valutato, confrontato dati, analizzato quanto è in suo possesso per predisporre e proporre ogni suo intervento educativo in modo il più possibile obiettivo e complessivo,

4. deve essere consapevole della portata della propria funzione così come del potere di cui è investito, e deve saperli assumere con piena responsabilità,
5. non deve abusare della propria posizione professionale e/o delle informazioni privilegiate ottenute grazie al suo ruolo per ottenere vantaggi personali o per terzi,
6. deve segnalare ingiustizie e abusi riguardanti il proprio ambito professionale; non nasconderà, negli ambiti preposti, le azioni a sua conoscenza esercitate da persone, soprattutto se non qualificate, che rechino danno e pregiudizio al lavoro educativo in atto.

RESPONSABILITÀ NEI CONFRONTI DELL'UTENTE L'Educatore Professionale, nell'ambito della sua azione educativa e nell'esercizio della propria funzione:

1. Deve rispettare la personalità e la dignità dei propri utenti e del loro ambiente di vita, evitando qualsiasi forma di discriminazione che si riferisca all'appartenenza etnica, al sesso, all'età, alla religione, allo stato civile e/o giuridico, alle idee politiche, a una qualsiasi infermità o malattia e in generale alle condizioni personali e sociali,
2. Non deve utilizzare tecniche che risultino di costrizione o manipolative. Soltanto nell'ambito di una programmazione interdisciplinare, può intervenire con autorevolezza e determinazione laddove l'azione della persona è auto/etero lesiva, ricorrendo a metodi e tecniche d'intervento che non danneggino la dignità dell'utente. Durante il processo educativo deve evitare tutte le relazioni personali con gli utenti che esulino dal rapporto professionale e presuppongano una dipendenza affettiva e intima a proprio vantaggio. Tiene costantemente presente il diritto dell'utente all'autodeterminazione e al libero arbitrio, rispettandone le libertà d'opinione e di decisione. Tutto ciò nei limiti stabiliti dalle leggi vigenti e in relazione alla sua condizione giuridica. In particolare, quando l'utente sia in condizione di incapacità legale (minore o interdetto) e soggetto, pertanto, a poteri tutelari, l'E.P. è tenuto al rispetto delle direttive impartite dalle autorità competenti e da chi ne ha la rappresentanza legale, curando comunque, nell'esercizio delle proprie funzioni, la condizione che all'utente sia assicurato il rispetto della personalità e della dignità umana e, per quanto possibile,

della sua autonomia. I dati personali degli utenti o di terzi devono essere raccolti e registrati dall'E.P. unicamente per scopi determinati, attinenti allo svolgimento dei propri compiti professionali ed esclusivamente nell'interesse degli utenti medesimi e nel rispetto delle regole stabilite dalla vigente normativa sul trattamento dei dati personali,

- in prima istanza e di regola, l'E.P. si procura le informazioni necessarie presso la persona cui i dati personali si riferiscono; informazioni 8 complementari possono essere ottenute anche presso persone diverse dall'interessato,

- al momento della raccolta delle informazioni, l'E.P. è tenuto ad assolvere all'obbligo d'informazione preventiva, secondo quanto previsto dalle norme, nei confronti dell'interessato o, in caso d'incapacità legale, del suo legale rappresentante. È inoltre tenuto a procurarsi il consenso dell'interessato, o del suo legale rappresentante, nei casi e nei modi previsti dalla vigente normativa e, nei successivi trattamenti dei dati, ad assolvere a ogni altro adempimento prescritto in relazione alla natura pubblica o privata della struttura di appartenenza, nonché in relazione alla natura particolare dei dati medesimi (dati sensibili e inerenti alla salute),
- l'E.P. s'impegna affinché le informazioni, i dati, le cartelle o altro in suo possesso che riguardino l'utente o terzi siano mantenute riservate. A tal fine, provvede alla conservazione dei dati personali del cui trattamento abbia la responsabilità mediante l'adozione delle preventive misure di sicurezza individuate, e periodicamente aggiornate, dalla vigente normativa, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta,

- l'utilizzo di supporti audiovisivi o di registrazione sonora, comporta l'accordo preliminare delle persone interessate, che comprende il modo di conservazione del materiale e/o la sua distruzione dopo l'uso. 6. Segreto Professionale,

- l'E. P. è tenuto al segreto professionale su tutto ciò che gli è confidato o di cui può venire a conoscenza in ragione della sua professione e del carattere fiduciario della relazione instaurata con l'utente, salve le giuste cause di rivelazione previste dalla legge e salvo il caso di rischio di grave pregiudizio all'utente, in particolare quando si tratti di minori o di

incapaci, nel rispetto comunque delle norme vigenti in materia di trattamento dei dati personali,

- l'E.P. deve porre in essere ogni precauzione atta a garantire la tutela del segreto professionale e deve pretenderne l'osservanza anche da parte dei soggetti con i quali collabora,
- l'E.P. ha l'obbligo di mantenere il segreto professionale anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro con l'ente di appartenenza o comunque al termine dell'espletamento di una singola prestazione professionale e in ogni altro caso di cessazione del rapporto con l'utente.

RESPONSABILITÀ NEI CONFRONTI DELLE FAMIGLIE L'E.P. deve attivarsi per conoscere la situazione familiare del proprio utente, deve tenere un contatto diretto e continuo con i suoi componenti e deve agire in modo coordinato con loro, tutte le volte che ciò è necessario e possibile, deve operare per potenziare le risorse personali e sociali di tutti i membri della famiglia dell'utente perché collaborino, secondo le loro possibilità, alla soluzione dei problemi educativi, ha l'obbligo di denunciare, nelle opportune sedi, tutti quei fatti che mettano in grave pericolo la dignità o l'integrità dei membri della famiglia in cui si sta svolgendo l'intervento educativo, deve delegare ad altre persone o servizi competenti le problematiche familiari quando queste superino le proprie competenze o interferiscano significativamente nel proprio lavoro.

#### RESPONSABILITÀ NEI CONFRONTI DELL'EQUIPE

L'E.P. deve operare in ambiti interdisciplinari collaborando con altri professionisti, rispettandone le opinioni, i valori e gli approcci teorici di riferimento. L'E.P., all'interno dell'équipe, deve trasmettere tutte quelle informazioni che possano servire alla formulazione dell'intervento educativo. L'E.P. ha l'obbligo di non interferire nelle funzioni, nei compiti e nelle relazioni degli altri membri dell'équipe con gli utenti. L'E.P. deve rispettare e assumere le decisioni dell'équipe una volta confrontate, condivise e approvate, facendole sue al momento d'intervenire. L'E.P. ha l'obbligo di segnalare, nel proprio ambiente professionale, comportamenti di colleghi non conformi al presente C.D.

### RESPONSABILITÀ NEI CONFRONTI DEL DATORE DI LAVORO

L'E.P. ha l'obbligo di informarsi sulla filosofia e sulle norme dell'istituzione dove realizzerà il proprio lavoro e, una volta accettate, perseguirle con coerenza. L'E.P. partecipa alla definizione degli obiettivi e collabora allo sviluppo dell'istituzione per la quale presta la propria opera, per quanto di sua competenza L'E.P. è tenuto a informare con regolarità e precisione il diretto superiore e/o il datore di lavoro del proprio adempimento professionale. L'E.P. ha il dovere di informare chi di competenza sulle irregolarità commesse dai colleghi o dalla stessa organizzazione, qualora queste danneggiassero seriamente il lavoro educativo. In tal senso s'impegna ad affrontare apertamente i conflitti e a favorire soluzioni costruttive.

### RESPONSABILITÀ NEI CONFRONTI DELLA SOCIETÀ L'E.P.

Nell'ambito della programmazione educativa, deve agevolare la partecipazione dei propri utenti alla vita sociale e adoperarsi perché essi abbiano accesso alle risorse e alle prestazioni di cui hanno bisogno. L'E.P. deve collaborare con i servizi esistenti nella comunità locale, stimolando le istituzioni a offrire una migliore qualità dei servizi. L'E.P. deve rispettare e promuovere la pluralità delle culture.

### DESTINATARI DEL CODICE DEONTOLOGICO

Il presente C.D. è vincolante per tutti i soci dell'ANEP, ma si rivolge in eguale misura a tutti gli Educatori Professionali. Le istituzioni sociali, gli organismi professionali e i centri di formazione, sono ugualmente invitati a conformarsi al presente C.D.

### SANZIONI DISCIPLINARI

#### Parte prima - SANZIONI DISCIPLINARI

##### Art. 1 – Sanzioni 1.1

Alla socia e al socio dell'Associazione che, nell'esercizio della professione, assume un comportamento non conforme alle norme del Codice Deontologico (d'ora in avanti CD), al decoro o alla dignità della professione, la Commissione Deontologica Disciplinare (d'ora in avanti CDD), tenuto conto della gravità del fatto, attribuisce una delle seguenti

sanzioni: a) richiamo verbale b) richiamo scritto c) sospensione dall'esercizio di cariche associative d) radiazione dall'Associazione

1.2 Il tipo e l'entità di ciascuna sanzione sono determinati in relazione ai seguenti criteri: a) intenzionalità del comportamento b) grado di negligenza, imprudenza, imperizia, tenuto conto della prevedibilità dell'evento c) responsabilità connessa alla posizione lavorativa d) grado di danno o di pericolo causato e) presenza di circostanze aggravanti o attenuanti f) concorso fra più professioni e/o operatori in accordo tra loro g) recidiva

#### Art. 2 - Richiamo verbale

2.1 La sanzione “richiamo verbale”, viene inflitta nei casi di abusi o mancanze di lieve entità, compiuti senza dolo, che non hanno comportato riflessi negativi sul decoro e sulla dignità della professione; consiste nel richiamo formale dell'interessata/o all'osservanza dei suoi doveri e nell'invito a non ripetere quanto commesso.

2.2 In caso di abuso o di mancanza che possano dar luogo al richiamo verbale, commesso nei confronti di altra/o socia/socio, il Presidente nazionale, o persona da lui delegata, convoca gli interessati ed esperisce un preventivo tentativo di conciliazione. Della eventuale conciliazione viene dato formalmente atto mediante deliberazione con conseguente archiviazione del caso. 2.3 Tre provvedimenti di richiamo verbale nell'arco di due anni comportano la sanzione del richiamo scritto.

#### Art. 3 – Richiamo scritto

3.1 La sanzione del richiamo scritto è inflitta nei casi di abusi o di mancanze, compiuti senza dolo, che siano lesivi del decoro e della dignità della professione.

3.2 In caso di abuso o di mancanza che possano dar luogo al richiamo scritto, commesso nei confronti di altra/o socia/socio, il Presidente nazionale, o persona da lui delegata, convoca gli interessati ed esperisce un preventivo tentativo di conciliazione. Della eventuale conciliazione viene dato formalmente atto mediante deliberazione con conseguente archiviazione del caso. 3.3 Tre provvedimenti di richiamo scritto comportano d'ufficio la sospensione dall'esercizio dalle attività e dalle cariche associative per un periodo non inferiore a novanta giorni.

#### Art. 4 - Sospensione 4.1



La sospensione dalle cariche dell'Associazione consegue di diritto nel "caso previsto e regolato dagli articoli 19 e 35 del Codice Penale per tutto il tempo stabilito nel provvedimento del giudice penale che l'ha emesso". Il Consiglio Direttivo Nazionale (d'ora in avanti CDN) si limita a prenderne atto.

4.2 La sanzione della sospensione dalle cariche dell'Associazione è inflitta fino ad un massimo di due anni: a) per violazioni del codice deontologico, che possano arrecare grave nocumento a utenti/clienti o enti, e/o una risonanza negativa per il decoro e la dignità della professione b) a seguito di procedimenti giudiziari pendenti di natura penale

4.3 Nei casi di maggiore gravità, la sanzione della sospensione può essere inflitta in via cautelare al momento dell'apertura del procedimento disciplinare, in special modo quando il procedimento viene iniziato su rapporto della Procura della Repubblica e comunque dopo aver sentito le parti interessate. 4.4 Tre provvedimenti di sospensione comportano la radiazione dall'Associazione.

#### Art. 5 - Radiazione

5.1 La radiazione dall'Associazione consegue di diritto nel caso d'interdizione dalla professione previsto e regolato dagli artt. 19 comma 1 e 2, e artt. 30 e 31 del Codice penale per l'intera durata dell'interdizione, stabilita nel provvedimento del giudice penale che ha emesso la sentenza. Il CDN si limita a prenderne atto.

5.2 La sanzione della radiazione dall'Associazione viene inflitta: 15 a) nei casi di violazione del C.D. e/o di comportamento non conforme al decoro e alla dignità della professione, di gravità tali da rendere incompatibile la permanenza nel libro dei soci. La radiazione ha una durata non superiore a tre anni b) nel caso di condanna con sentenza passata in giudicato e pena detentiva per fatti commessi nell'esercizio della professione, la radiazione ha durata per l'intero periodo previsto dalla sentenza di condanna. La sanzione della radiazione comporta la contestuale cancellazione dall'elenco dei soci dell'Associazione, fermo restando l'obbligo per l'iscritto a corrispondere le quote d'iscrizione dovute per il periodo in cui è stato iscritto.

5.3 Il professionista radiato può, su sua richiesta, essere di nuovo iscritto all'Associazione successivamente alla scadenza del periodo indicato nel

provvedimento di radiazione e in ogni caso dopo aver ottenuto la riabilitazione, purché in possesso dei requisiti al momento di presentazione della richiesta.

#### **Art. 6 - Incompatibilità**

6.1 Le sanzioni disciplinari del richiamo scritto, della sospensione e della radiazione dall'Associazione, non sono deontologicamente compatibili con l'assunzione e/o il mantenimento delle cariche previste dallo statuto dell'Associazione stessa, sia a livello nazionale, sia regionale

6.2 Nel caso di erogazione delle sanzioni disciplinari, di cui al comma 1, l'incompatibilità è riferita alla durata del mandato elettivo o comunque alla durata della sospensione e/o della radiazione, se superiore.

### **PARTE SECONDA**

#### **ISTRUZIONI OPERATIVE PARTE SANZIONATORIA- PROCEDIMENTO DISCIPLINARE**

Art. 7 Il CDN esercita la funzione disciplinare ogni qual volta emerga a carico di un socio A.N.E.P. l'ipotesi di violazione delle norme del CD.

Art. 8 Il CDN nomina la CDD che ha il compito di istruire i procedimenti disciplinari. La CDD è composta da tre membri titolari e due supplenti, scelti, secondo i criteri stabiliti nell'allegato 1, in base a una lista di Soci disponibili in relazione alle candidature raccolte tramite una comunicazione dedicata sul sito internet [www.anep.it](http://www.anep.it). La CDD ha durata triennale. Il Socio può ricoprire il ruolo di componente della CDD per un massimo di due mandati consecutivi. Non possono essere nominati componenti 16 della CDD il Presidente Nazionale, i Consiglieri Nazionali, i Garanti e i Presidenti delle Sezioni Regionali. In caso di dimissione/rinuncia di un componente della CDD, il CDN provvede a sostituirlo con un membro supplente. In ogni caso la scadenza del mandato del/i socio/i subentrante/i è allineata alla scadenza dell'intera CDD.

Art. 9 La CDD nomina un Presidente, responsabile del procedimento, e un Segretario, che redige i verbali delle sedute della CDD. I verbali vengono sottoscritti dal Presidente e dal Segretario.

Art. 10 La segnalazione dovrà avvenire tramite la compilazione e l'invio del modulo dedicato reperibile sul sito [www.anep.it](http://www.anep.it). Il CDN, nella

persona del suo legale rappresentante, all'atto del ricevimento della segnalazione, riguardante i fatti che possono essere oggetto di procedimento disciplinare (pervenuta tramite pec/raccomandata e accompagnata da una copia della carta d'identità), trasmette gli atti al Presidente della CDD.

Art. 11 Su convocazione del Presidente, la CDD si riunisce entro dieci giorni dal ricevimento degli atti (anche tramite mezzi telematici). La CDD entro trenta giorni istruisce la pratica, acquisendo la documentazione ed eventualmente ascoltando le persone informate sui fatti, di persona o con qualsiasi mezzo di comunicazione possibile.

Art.12 Entro dieci giorni dalla chiusura della fase istruttoria, la CDD stila in forma scritta il proprio parere sulla necessità di apertura di un procedimento disciplinare, oppure sull'archiviazione del caso. Il Presidente della CDD trasmette, tramite comunicazione scritta al Presidente del CDN, il parere della CDD (anche a mezzo e-mail con conferma scritta di ricezione e lettura).

Art. 13 Il CDN delibera l'apertura del procedimento o l'archiviazione entro quindici giorni dal ricevimento del parere della CDD e ne dà comunicazione all'interessato nonché all'autore della segnalazione (a mezzo raccomandata/pec). In entrambe i casi il CDN ne dà comunicazione scritta all'interessato e all'autore della segnalazione. Qualora il CDN non reputi che siano presenti gli estremi per l'archiviazione, sceglie di procedere secondo una delle seguenti opzioni: a) incarica la CDD di esperire un tentativo di conciliazione, salvo in caso di procedimento disciplinare aperto su richiesta dell'autorità giudiziaria. La positiva 17 conclusione del tentativo di conciliazione porta all'archiviazione e alla chiusura del procedimento. La negativa conclusione del tentativo di conciliazione, porta all'applicazione della lettera C b) incarica la CDD di approfondire l'istruttoria c) incarica la CDD dell'apertura del procedimento. Art. 14 Nel caso previsto dal precedente art 13 lettera c, entro quindici giorni il CDN notifica, in forma scritta, all'interessato l'apertura del procedimento, con raccomandata con ricevuta di ritorno (corriere espresso per miglior tracciabilità e per le garanzie di rispetto dei tempi, con precisazione, nel testo, dell'art.149 del C.P.C. per il seguito delle comunicazioni a mezzo e-mail), informandolo dei fatti che gli vengono addebitati, delle modalità

di presa visione degli atti, della composizione della CDD e del Responsabile del procedimento istruttorio. Contestualmente il Presidente della CDD invita l'interessato a far pervenire entro quindici giorni dal ricevimento della notifica le proprie controdeduzioni e l'eventuale documentazione. Altresì l'interessato può chiedere di essere ascoltato (a mezzo telefono, video conferenza o di persona) negli stessi tempi. La CDD può, di propria iniziativa, convocare il professionista interessato, con preavviso non inferiore a quindici giorni. Qualora la notifica risulti infruttuosa, si procede ai sensi degli artt.137 e seguenti del Codice di Procedura Civile (busta bianca con destinatario/senza mittente). Dell'attività istruttoria, la CDD redige apposito verbale. Art. 15 Entro quindici giorni dal termine del procedimento, il Presidente della CDD predispone una relazione, approvata dai componenti della CDD, che viene trasmessa al CDN a mezzo e-mail con l'indicazione dell'esito del procedimento. Art. 16 Il CDN delibera il procedimento disciplinare entro quindici giorni dal ricevimento della relazione della CDD, e ne dà comunicazione scritta, tramite raccomandata con ricevuta di ritorno/pec all'interessato e all'autore della segnalazione, informandolo anche sulle modalità di ricorso.

Art. 17 È facoltà dell'interessato ricorrere sul merito e/o sul procedimento, inviando richiesta scritta tramite raccomandata con ricevuta di ritorno/pec al Collegio dei Garanti (Art.13 Statuto), entro e non oltre quindici giorni dalla notifica della comunicazione formale, come previsto all'Art.16.

Art. 18 Il Collegio dei Garanti deve esprimere parere motivato entro quindici giorni in merito all'accoglimento del ricorso e comunicarlo in forma scritta all'interessato (raccomandata con ricevuta di ritorno/pec) e al CDN. Se il Collegio dei Garanti accoglie il ricorso, il CDN riesamina il caso e delibera al riguardo entro quindici giorni.

Art. 19 I costi sostenuti dalla CDD per l'espletamento dell'istruttoria, opportunamente documentati, sono a carico dell'Associazione.

Art. 20 Tutti gli atti relativi ai procedimenti disciplinari sono custoditi dal CDN presso la sede nazionale dell'Associazione secondo le norme previste dalla D.lgs 196/03, e viene istituito un registro in cui vengono iscritti i nominativi di coloro nei confronti dei quali sia stata applicata

una sanzione disciplinare di cui all'Art.1 del CD (Sanzioni) e la sua durata.

Art. 21 - Prescrizione 1. La possibilità di segnalare la violazione di una o più norme contenute nel CD va in prescrizione dopo un anno dal fatto in oggetto 2. La sanzione disciplinare si estingue decorsi due anni 3. Nel caso in cui sia stato promosso un procedimento penale, il termine suddetto decorre dal giorno in cui è divenuta irrevocabile la sentenza.

Art. 22 - Applicazione e Revisione

1. Il presente Regolamento sanzionatorio è parte integrante del CD ed entra in vigore il trentesimo giorno successivo all'approvazione dell'Assemblea Nazionale.

2. Revisioni ed eventuali aggiornamenti del CD sono posti all'ordine del giorno dell'Assemblea Nazionale dal CDN almeno ogni tre anni, oppure su richiesta scritta di almeno quindici delegati, o cinque Presidenti regionali, o dal Presidente nazionale e due membri del CDN.

3. Il CDN è tenuto a dare informazione agli iscritti in merito all'approvazione, revisione o aggiornamento del CD mediante pubblicazione sul sito dell'Associazione nei trenta giorni successivi alla deliberazione dello stesso da parte dell'Assemblea Nazionale.

Art. 23 - Norme transitorie 1. L'Assemblea Nazionale nomina la CDD transitoria, che rimarrà in carica non più di sei mesi, al fine di consentire al CDN la nomina della prima CDD, come previsto dall'Art. 8 del presente Regolamento. 19 2. I procedimenti disciplinari iniziati in data antecedente alla data di entrata in vigore del presente CD, sono portati a termine secondo le procedure vigenti alla data dell'avvio del procedimento disciplinare, salvo condizioni più favorevoli al professionista previste dal presente CD.

## **LEGGE REGIONALE Legge 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 unico delle leggi regionali in materia di sanità) le n. X/806 del 5 agosto 2015)*

IL CONSIGLIO REGIONALE promulga la seguente legge regionale:

### **Art. 1**

#### **(Modifiche al Titolo I e al Titolo II della l.r. 33/2009)**

1. Alla legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) sono apportate le seguenti modifiche:

- a) la rubrica del Titolo I è sostituita dalla seguente «(Norme sul sistema sanitario, sociosanitario e sociale integrato lombardo)»;
- b) gli articoli del Titolo II da 2 a 27 confluiscono nel Titolo I;
- c) il Titolo II «Norme sul servizio sanitario regionale» è abrogato; d) l'articolo 1 è sostituito dal seguente:

#### **Art. 1 (Oggetto)**

1. Il sistema sanitario, sociosanitario e sociale integrato lombardo, di seguito denominato sistema sociosanitario lombardo (SSL), promuove e tutela la salute ed è costituito dall'insieme di funzioni, risorse, servizi, attività, professionisti e prestazioni che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria della Regione e la sua integrazione con quella sociale di competenza delle autonomie locali.

2. La presente legge disciplina, nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, della legislazione nazionale ed internazionale di settore direttamente applicabile nel nostro ordinamento e dello Statuto d'autonomia, il servizio sanitario e sociosanitario regionale (SSR), costituito dall'insieme di funzioni, servizi, attività e professionisti che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria a carico della Regione.

3. La presente legge favorisce, inoltre, per quanto di competenza e nell'ambito del SSL, l'integrazione del SSR con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali.»; e) l'articolo 2 è sostituito dal seguente:

#### **Art. 2 (Principi)**

1. La programmazione, la gestione e l'organizzazione del SSR sono attuate, nell'ambito del SSL, con la gradualità e nei limiti delle risorse economiche disponibili e si conformano ai seguenti principi:

- a) rispetto della dignità della persona, centralità del ruolo della famiglia e dell'equità di accesso ai servizi ricompresi nel SSR;
- b) scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, per la cura e la presa in carico, in un'ottica di trasparenza e parità di diritti e doveri tra soggetti pubblici e privati che operano all'interno del SSL;
- c) orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso;
- d) separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione, svolte dal vertice dell'organizzazione dell'articolazione territoriale del SSL;
- e) promozione della partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini e delle comunità nei confronti dei corretti stili di vita e nei percorsi di prevenzione, di cura, di assistenza e di terapia farmacologica, anche prevedendo politiche finalizzate ad iniziative che favoriscano l'invecchiamento attivo;
- f) promozione dell'appropriatezza clinica, della trasparenza amministrativa, economica e organizzativa e della qualità prestazionale;
- g) garanzia dei controlli e piena applicazione dei costi standard;
- h) sussidiarietà orizzontale per garantire pari accessibilità dei cittadini a tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, in modo da garantire parità di diritti e di doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione della rete dell'offerta;
- i) promozione e sperimentazione di forme di partecipazione e valorizzazione del volontariato, che non devono essere considerate sostitutive di servizi;
- j) garanzia dell'universalità del SSL e della continuità terapeutica e assistenziale, attraverso l'implementazione della rete sanitaria e sociosanitaria ospedaliera e territoriale e l'integrazione con le politiche sociali di competenza delle autonomie locali, coinvolgendo tutti i soggetti pubblici e privati, insistenti sul territorio lombardo, nel rispetto delle relative competenze e funzioni;
- k) promozione delle forme di integrazione operativa e gestionale tra i soggetti erogatori dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del SSL e attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale nell'individuazione delle soluzioni gestionali dei servizi a livello territoriale;

- l) promozione e sostegno all'attività di ricerca, sperimentazione e innovazione biomedica e sanitaria in tutte le componenti del SSL e collaborazione con le università con la finalità di promuovere la formazione del personale;
- m) valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie e sociali con l'obiettivo di ottenere una costante evoluzione della loro professionalità a beneficio del SSL;
- n) attuazione dell'attività di prevenzione e di promozione della salute in coerenza con il piano regionale della prevenzione.;
- f) l'articolo 3 è sostituito dal seguente:

### **Art. 3 (Finalità)**

1. La Regione, nell'ottica dell'integrazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali di competenza delle autonomie locali nell'ambito del SSL, attraverso il SSR:

- a) tutela il diritto alla salute del cittadino;
- b) garantisce adeguati percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- c) sostiene le persone e le famiglie;
- d) promuove, in particolare, l'integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale, favorendo la realizzazione di reti sussidiarie di supporto che intervengono in presenza di fragilità sanitarie, sociali e socioeconomiche; le reti sono finalizzate a tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, anche in presenza di problematiche assistenziali derivanti da non autosufficienza e da patologie cronico-degenerative.

2. Ai fini della presente legge si intende per:

- a) servizio sanitario, l'erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- b) servizio sociale, l'erogazione di prestazioni assistenziali di supporto alla persona e alla sua eventuale famiglia;
- c) servizio sociosanitario, l'erogazione di prestazioni e servizi a elevata integrazione sanitaria e sociale.

3. La Regione individua e promuove con il piano sanitario, sociosanitario e sociale integrato e con i piani di organizzazione strategico aziendali, di cui all'articolo 17, anche azioni che:

- a) favoriscono l'appropriatezza clinica ed economica;



- b) garantiscono la parità di accesso alle prestazioni e l'equità nella compartecipazione al costo delle stesse;
- c) incentivano la responsabilità della persona e della sua famiglia; d) contemplano anche il ricorso a forme integrative di finanziamento dei servizi. 4.

Per la stesura del PSL la Regione si può avvalere degli organismi di cui all'articolo 5 comma 13 e del dipartimen- Bollettino Ufficiale Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 3 – to di coordinamento unico delle ATS istituito presso l'assessorato competente.

5. La Regione nell'ambito delle proprie competenze, in applicazione dei principi di cui all'articolo 2, al fine di garantire un accesso appropriato, unico ed integrato al SSL, definisce, anche attraverso l'introduzione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni, le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate.

6. La Regione nell'ambito degli interventi sociosanitari garantisce la libertà di scelta e riconosce la persona quale destinatario delle azioni e degli interventi, anche sulla base della valutazione multidimensionale personalizzata del bisogno. A tali fini istituisce anche un sistema di buoni e voucher da destinare agli utenti.

7. L'accesso alla rete delle unità d'offerta sociosanitarie prevede la compartecipazione al costo delle prestazioni per la parte non a carico del fondo sanitario lombardo, nel rispetto della disciplina nazionale inerente i livelli essenziali di assistenza, secondo modalità e criteri stabiliti dalla Giunta regionale. La Giunta definisce, anche individuando forme sperimentali, le modalità e i protocolli per consentire alle persone con bassa capacità reddituale di accedere alla rete di offerta sociosanitaria, anche attraverso la modulazione delle esenzioni e delle compartecipazioni in base al reddito, anche secondo criteri di progressività e in base alla situazione familiare.»; g) l'articolo 4 è sostituito dal seguente:

#### **Art. 4 (Piano sociosanitario integrato lombardo)**

1. Il Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale, approva il piano sociosanitario integrato lombardo (PSL), quale strumento unico e integrato di programmazione coordinata del SSL. Il PSL definisce, sulla base della valutazione epidemiologica

territoriale, dei dati del sistema informativo e della rete dei servizi sanitari e sociosanitari regionali:

- a) il quadro previsionale dei bisogni della popolazione, basato su una preventiva mappatura epidemiologica territoriale specifica che tenga conto dei problemi emergenti;
- b) gli indicatori in base ai quali sono determinati i volumi di attività per ognuno dei livelli essenziali di assistenza, secondo il criterio dell'appropriatezza clinica e dei percorsi diagnostico terapeutici, di prevenzione ed assistenziali;
- c) gli indicatori di risultato da impiegare per il controllo e la valutazione dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità, dell'appropriatezza e dell'economicità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- d) i progetti obiettivi e le azioni da adottare per rispondere a specifiche aree di bisogno e le relative modalità di finanziamento, anche in forma sperimentale attraverso l'integrazione con la rete del sistema sociale;
- e) le linee di indirizzo del sistema regionale integrato per la prevenzione e la promozione della salute, anche psicofisica, secondo criteri di efficienza, efficacia, qualità e appropriatezza clinica, a partire da una capillare e puntuale educazione sanitaria, precipuamente in ambiente scolastico, con particolare riferimento alla promozione dei corretti stili di vita e a progetti che incentivino la difesa della salute, anziché la cura della malattia;
- f) le linee di indirizzo per l'elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, rispettosi della libertà di scelta del cittadino anche su indicazione del medico di medicina generale e che promuovano un processo di integrazione tra le attività sanitarie, sociosanitarie e quelle sociali di competenza delle autonomie locali;
- g) le linee d'indirizzo che garantiscano la semplificazione delle procedure di erogazione delle prestazioni, nonché dei percorsi di cura ed assistenza, anche attraverso il consolidamento di prassi e sperimentazioni, che permettano l'incremento del beneficio per la salute del cittadino, il miglioramento funzionale ed economico dei servizi erogati al cittadino;
- h) l'identificazione del contenuto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie ai fini della riconduzione delle stesse alle categorie di tipo

acuto, intermedio, sub acuto, post acuto o riabilitativo a media e bassa intensità nel rispetto della normativa nazionale.

2. Il PSL, coerentemente con il piano sanitario nazionale (PSN), declina gli obiettivi del Piano Regionale di Sviluppo (PRS), ha durata quinquennale e può essere aggiornato annualmente con il documento di economia e finanza regionale (DEFR).»;

h) dopo l'articolo 4 è inserito il seguente:

**Art. 4 bis (Piano regionale della prevenzione)**

1. La Regione promuove le attività di prevenzione e di promozione della salute con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute fisica, mentale e sociale della popolazione, di eliminare i fattori di rischio individuali e ambientali, di ridurre le disuguaglianze favorendo l'accesso alle attività di prevenzione e indicata dalle linee guida sanitarie.

2. Le attività di prevenzione sanitaria, incluse la profilassi delle malattie infettive, l'igiene degli alimenti e della nutrizione, la vigilanza e la tutela della salute collettiva dai rischi individuali e ambientali, vengono svolte dal dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS di cui all'articolo 6, comma 6 che coordina anche la rete dei soggetti erogatori delle prestazioni di prevenzione specialistica, in coerenza con il piano regionale della prevenzione (PRP).

3. Il Consiglio regionale, in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale, su proposta della Giunta regionale, tenuto conto dei dati rilevati dall'osservatorio di cui all'articolo 5 bis, approva il PRP. Le indicazioni di carattere organizzativo sono rinviata a specifici atti di programmazione.

4. Le attività di promozione della salute e di prevenzione primaria collettiva sono svolte dalle ATS e dalle ASST secondo le relative funzioni e attraverso le proprie articolazioni territoriali.

5. Il PRP ha durata triennale e definisce, in coerenza con il piano nazionale della prevenzione, in quale cornice di valori e principi si sviluppa la pianificazione della prevenzione, con particolare riferimento a:

a) la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un razionale e appropriato

sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione;

b) processi di promozione della salute che attivino il ruolo delle politiche non sanitarie;

c) l'integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del sistema sociosanitario e in particolare l'integrazione territoriale, indispensabile per la programmazione di interventi di prevenzione primaria; il lavoro di rete tra operatori, enti e istituzioni coinvolte, a vario titolo, nelle attività di prevenzione e promozione della salute;

d) l'efficacia e l'appropriatezza con l'applicazione della prevenzione basata su prove e di evidenza scientifica;

e) la responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli operatori, indispensabili per promuovere ai diversi livelli il perseguimento di obiettivi di salute e favorire la convergenza dei piani di azione dei singoli soggetti e l'integrazione dei diversi settori.

6. Il PRP individua, quali assi d'intervento prioritari rivolti anche alla riduzione delle disuguaglianze di salute all'interno del SSL in tutte le sue articolazioni:

a) il miglioramento dell'ambiente fisico, sociale ed economico;

b) l'intervento precoce per la diffusione di stili di vita, nelle sue diverse fasi, per una buona salute e la prevenzione delle malattie cronico-degenerative;

c) la prevenzione delle malattie infettive prevenibili con vaccinazioni secondo le indicazioni dei piani e dei calendari vaccinali;

d) una visione ampia della salute che ricerchi anche le interazioni migliori con i servizi che operano nel campo della salute mentale e per il contrasto alle dipendenze, in modo da rafforzare le azioni che con-

Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 4 – Bollettino Ufficiale  
sentono la sorveglianza di varie forme di disagio individuale e sociale e la loro prevenzione.

7. Il PRP inoltre deve:

a) individuare evidenze scientifiche a sostegno delle scelte operative;

b) garantire il corretto utilizzo delle risorse, oltre che il conseguimento del risultato vero di salute;

- c) valutare quantitativamente e qualitativamente i risultati raggiunti anche dal punto di vista clinico;
- d) costituire strumento per la revisione e la conseguente riprogrammazione degli interventi.»;
- i) l'articolo 5 è sostituito dal seguente:

### **Art. 5 (Funzioni della Regione)**

1. La Regione garantisce l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla medesima con risorse proprie, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza della rete ospedaliera. Assicura la presa in carico della persona, garantendo la continuità delle cure erogate e, per quanto possibile nel suo contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati.
2. La Regione esercita funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, garantendo la più efficiente, efficace, economica e appropriata uniformità metodologica e prestazionale su tutto il territorio lombardo, anche con il supporto tecnico degli enti del sistema regionale e nei limiti e con la gradualità concessi dalle risorse disponibili.
3. La Regione tutela la salute, assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dalla normativa nazionale e, compatibilmente con le risorse disponibili, ne promuove livelli più elevati. Dispone il reperimento delle risorse integrative del fondo sanitario regionale e determina i livelli di partecipazione alla spesa dei cittadini. Assicura, sia a livello centrale sia periferico, una adeguata separazione organizzativa delle funzioni di programmazione, acquisto e terzietà dei controlli, distinguendole da quella di erogazione delle prestazioni. Definisce le regole di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione, nonché le relative tariffe delle prestazioni, compresa la tariffa di presa in carico della cronicità attraverso un sistema in continuo aggiornamento.
4. I requisiti di accreditamento e la contrattualizzazione si ispirano anche al principio della piena flessibilità e autonomia organizzativa di tutti i soggetti erogatori, quale strumento per perseguire la massima efficienza e il migliore soddisfacimento della domanda di prestazione da parte dei cittadini.
5. La Regione promuove lo sviluppo e la diffusione di sistemi informativi accessibili sulla qualità delle strutture sanitarie e

sociosanitarie, rendendo disponibili dati relativi all'offerta di servizi, ai volumi di attività, alle performance conseguite, nonché alle competenze dei soggetti erogatori.

6. La Giunta regionale approva, entro il 30 novembre antecedente l'anno di riferimento, le regole di sistema per la programmazione dei fabbisogni, degli acquisti e degli investimenti e la definizione dei contratti stipulati dalle agenzie di tutela della salute di cui all'articolo 6 con i soggetti erogatori; effettua altresì il monitoraggio del sistema e dei costi ed opera periodiche valutazioni circa l'attività svolta all'interno del SSL, pubblicando gli esiti sul sito della Regione.

7. La Regione promuove con propri indirizzi l'appropriatezza clinica e organizzativa, l'utilizzo efficiente delle risorse, la valutazione della qualità dei servizi, declinata in termini di accessibilità, efficacia e gradimento degli utenti, la definizione di adeguate metodologie di monitoraggio e controllo dei servizi. In particolare, la Regione, nell'esercizio della predetta funzione di indirizzo:

a) definisce, consultate le autonomie locali secondo le modalità di cui all'articolo 20, la programmazione territoriale, sulla scorta dei dati epidemiologici e in base a criteri di efficacia, efficienza e valutazione degli esiti, anche avvalendosi di modelli previsionali; b) predispone un programma di valutazione, secondo le più aggiornate metodologie, dell'efficacia delle tecnologie, delle prestazioni, dei modelli assistenziali, dei farmaci, di programmi e offerte nel campo della promozione della salute e della prevenzione;

c) sulla base delle valutazioni di cui alla lettera b) e conformemente a quanto previsto dal comma 14, fornisce indicazioni circa l'utilizzo appropriato ed efficace di farmaci, dispositivi medici e il governo dell'innovazione in questi settori; d) elabora linee guida per garantire uniformità di approccio nella cura di patologie e nell'utilizzo di tecnologie diagnostico terapeutiche;

e) elabora modelli previsionali ed epidemiologici utili alla programmazione, collaborando con le società scientifiche e con i centri di ricerca;

f) mette in atto le opportune strategie per promuovere l'appropriatezza delle cure, promuovendo la presa in carico responsabile e continuativa, anche al fine di prevenire comportamenti illegittimi;

- g) garantisce l'attività di governo del sistema delle cure primarie, secondo quanto demandato dalla contrattazione nazionale;
- h) promuove la crescita di una cultura della salute attraverso la diffusione di conoscenze e di informazioni in grado di accrescere la capacità individuale e collettiva di autotutela nei confronti delle malattie e dei rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro;
- i) attua interventi di comunicazione, educazione e promozione della salute in collaborazione con le istituzioni scolastiche, universitarie e scientifiche, gli organismi professionali e di categoria della sanità, le associazioni di volontariato e di tutela e in raccordo con le funzioni educative e di promozione culturale di competenza degli enti locali e delle altre istituzioni pubbliche;
- j) definisce le linee di indirizzo in tema di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria;
- k) promuove e facilita progetti relativi a programmi di corretti stili di vita, di utilizzo responsabile dei farmaci, di monitoraggio e verifica dell'aderenza agli stessi programmi, al fine di migliorare l'educazione individuale alla salute;
- l) stabilisce i volumi e le tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, di degenza e ambulatoriali che possono essere soddisfatti nella sede pubblica e in quella privata, secondo un corretto rapporto di competitività, assicurando alle agenzie di tutela della salute la definizione di budget territoriali e riservando a queste ultime una quota da destinare in relazione agli specifici fabbisogni del territorio di competenza alla contrattazione locale con i soggetti erogatori;
- m) verifica attraverso le relazioni sanitarie aziendali la corrispondenza dei risultati raggiunti con i risultati attesi previsti dai piani attuativi;
- n) definisce i criteri per garantire, in aggiunta ai contratti di formazione specialistica ministeriali, le modalità di accesso e il relativo finanziamento, nei limiti delle disponibilità finanziarie del bilancio regionale e comunque senza oneri a carico del fondo sanitario nazionale, per l'attivazione di contratti regionali numericamente e tipologicamente adeguati alle reali necessità del SSL, valutati di concerto con le università lombarde e le associazioni di categoria degli studenti e dei medici in formazione, da assegnare a laureati delle università aventi sede in Lombardia e abilitati all'esercizio della professione.

8. La Regione costituisce il gruppo di approfondimento tecnico per le tecnologie sanitarie (GATTS), nell'ambito e nel rispetto delle indicazioni nazionali di competenza dell'agenzia italiana del farmaco (AIFA), che svolge attività consultiva sull'utilizzo appropriato, efficace ed efficiente dei farmaci, delle protesi, ovvero dei dispositivi dotati di marchio CE e i farmaci dotati di AIC. Il GATTS si occupa di produrre informazioni per le realtà tecniche e professionali del SSL necessarie alla valutazione e utilizzo dei farmaci e delle tecnologie sanitarie nei percorsi diagnostico terapeutici, attraverso l'uso di metodologie validate di valutazione epidemiologica, clinica, sociosanitaria ed economica; fornisce, altresì alle agenzie di tutela della salute, alle aziende erogatrici e all'Azienda regionale centrale acquisti s.p.a. (ARCA) indirizzi per le attività relative alla farmaco-economia, la farmaco-epidemiologia e la farmacovigilanza, Bollettino Ufficiale Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 5 – attraverso specifici servizi in esse attivati e pubblica sintesi certificate della letteratura scientifica. Presso il GATTS è attivato il centro regionale di farmacovigilanza, già istituito e organizzato con provvedimenti della Giunta regionale che partecipa alla rete europea e nazionale di farmacovigilanza, in attuazione della direttiva UE 2010/84 recepita con Decreto del Ministero della salute. Il GATTS è rinnovato ogni tre anni ed è costituito, con la partecipazione a titolo gratuito, da cinque membri, nominati dalla Giunta regionale, individuati tra gli esperti con documentata esperienza scientifica nella valutazione epidemiologica, sociale ed economica delle tecnologie sanitarie. Il GATTS si avvale altresì di società scientifiche e specifici esperti dei settori oggetto delle specifiche valutazioni.

9. La Regione, in coerenza con la normativa nazionale ed europea, promuove e coordina la collaborazione anche con le realtà economiche, produttive e commerciali locali ed internazionali, finalizzata al miglioramento degli standard qualitativi e al concorso del SSL al rilancio strategico e socio-economico territoriale della Lombardia, anche attraverso lo sviluppo di progetti di cooperazione internazionale e di partenariato in ambito sanitario, pubblicando annualmente una relazione sul sito della Regione.

10. La Giunta regionale definisce strategie di gestione del rischio clinico delle strutture pubbliche attraverso un percorso uniforme e integrato



inteso a prevenire eventi avversi ed utili a fornire alle medesime strutture e, per quanto di competenza, ai professionisti forme di copertura assicurativa o di altre analoghe misure che forniscano strumenti per la copertura dei rischi e dei danni derivanti da responsabilità professionale, nonché alla responsabilità civile verso terzi e verso i prestatori d'opera. Tali strategie sono finalizzate a garantire livelli uniformi di tutela del paziente e degli operatori a livello di sistema regionale, assicurando omogeneità nella gestione e valutazione dei sinistri, attraverso la determinazione di criteri e obiettivi per la definizione transattiva e stragiudiziale dei medesimi, per ottenere la riduzione dei tempi e determinare la complessiva congruità dei risarcimenti eventualmente riconosciuti da parte degli operatori del SSL.

11. Ferme restando le disposizioni legislative vigenti in materia assicurativa, anche attraverso il coinvolgimento delle categorie professionali interessate, la Regione definisce in sede di approvazione del PSL le aree di rischio clinico rispetto alle quali è necessario sviluppare i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) da utilizzare come linee guida del SSL, finalizzate ad ottenere la riduzione della pratica della cosiddetta medicina difensiva.

12. La Regione promuove e sostiene l'attività di ricerca, innovazione e sperimentazione e coordina, anche avvalendosi della Fondazione regionale per la ricerca biomedica, le attività nell'ambito della rete di strutture specialistiche di riferimento, nonché, nel rispetto del principio di autonomia, l'alta specializzazione degli IRCCS.

13. Per garantire il raggiungimento dei propri obiettivi, la Regione può avvalersi di ulteriori organismi di supporto, quali i tavoli tecnici tematici e l'Osservatorio integrato del SSL di cui al comma 14, la cui composizione e modalità di funzionamento sono definite con deliberazioni della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare e i presidenti dei consigli di rappresentanza dei sindaci.

14. Al fine di valorizzare negli atti di indirizzo e programmazione regionale le istanze provenienti dal mondo scientifico del lavoro e delle professioni, la Regione istituisce l'Osservatorio integrato del SSL, rappresentativo di tutte le professioni e delle realtà sanitarie, sociosanitarie e sociali operanti nella Regione, attraverso il coinvolgimento del GATTS di cui al comma 8, degli ordini, collegi,

associazioni di categoria e imprenditoriali, organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, società scientifiche, associazioni di volontariato, rappresentanze di cittadini e pazienti, università e istituti, agenzie, aziende sociosanitarie e IRCCS di diritto pubblico e privato, nonché di singoli esperti o rappresentanze specifiche che ne facciano motivata richiesta. Nell'ambito dell'Osservatorio sono costituiti tavoli tematici, anche permanenti, finalizzati all'espressione di pareri. Compito prioritario dell'Osservatorio è la valutazione, preventiva alla sua trasmissione in Consiglio regionale, del PSL e delle sue variazioni, con l'espressione di un parere consultivo, comprensivo di eventuali proposte di modifiche. Nell'ambito dell'Osservatorio sono altresì svolte le funzioni della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421) alla quale partecipano i presidenti delle conferenze dei sindaci delle agenzie per la tutela della salute ed i rappresentanti regionali delle autonomie locali.

15. La Regione, graduando l'attivazione in funzione delle disponibilità finanziarie, può introdurre nel SSL la presa in carico delle malattie rare, delle terapie con ausilio di animali e delle cure odontoiatriche e della salute del cavo orale, prevedendo, con appositi atti di Giunta regionale, i relativi meccanismi di accreditamento e contrattualizzazione analogamente alle altre prestazioni erogate dal SSL.

16. La Regione favorisce la crescita e lo sviluppo dei soggetti pubblici e privati, erogatori e non, diretti o indiretti, appartenenti anche al terzo settore, anche attraverso la definizione di modalità di riconoscimento, rappresentanza, consultazione, collaborazione e controllo. La Regione promuove ed elabora, altresì, forme e modelli di integrazione tra le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, sentiti i tavoli tecnici e tematici e l'Osservatorio di cui al comma 14, al fine di dare concreta e piena attuazione al principio di sussidiarietà orizzontale e di valorizzare la piena espressione delle rispettive capacità progettuali, tenuto conto delle caratteristiche di ciascuno nel sistema delle relazioni che concorrono ai diversi ambiti del SSL.

17. La Regione assicura l'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari attraverso tutti i soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica

e privata, ivi compresi gli IRCCS di diritto pubblico e privato e favorisce l'integrazione con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali.»; j) dopo l'articolo 5 è inserito il seguente:

**Art. 5 bis (Osservatorio epidemiologico regionale)**

1. Nell'ambito della competente direzione generale della Giunta regionale è costituito l'Osservatorio epidemiologico regionale con il compito di:

- a) promuovere l'istituzione, ai vari livelli del servizio sanitario, di strumenti di osservazione epidemiologica secondo una metodologia di rilevazione programmata al fine di produrre statistiche sanitarie omogenee;
- b) raccogliere dai vari livelli del servizio sanitario dati che riguardano lo stato di salute e la diffusione di malattie nella popolazione;
- c) elaborare i dati contenuti nei flussi informativi provenienti dai vari livelli del SSL, compresi quelli previsti dalla normativa nazionale e regionale, al fine di produrre statistiche sanitarie relative allo stato di salute e alle fragilità;
- d) fornire tutte le informazioni di supporto necessarie alle diverse direzioni generali della Giunta regionale per l'attuazione delle attività di programmazione sanitaria, di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza in materia sanitaria, di controllo di qualità delle prestazioni sanitarie;
- e) acquisire informazioni di interesse epidemiologico da fonti internazionali, nazionali e regionali;
- f) identificare i fattori responsabili della patogenesi delle malattie e individuare le condizioni individuali e ambientali che predispongono all'insorgenza di malattie;
- g) programmare e attuare indagini volte ad approfondire la conoscenza dei fenomeni di interesse sanitario e migliorare gli interventi sanitari;
- h) assicurare il ritorno delle informazioni raccolte ed elaborate agli operatori delle aziende sanitarie, nonché la diffusione ai cittadini attraverso l'accessibilità on line e la pubblicazione sul sito web di rapporti, analisi;
- i) osservazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) utilizzati in Lombardia, al fine di ottimizzare le prestazioni eseguite dal SSR ed evitare interventi inutili e dannosi;
- j) fornire tutte le informazioni e dati di supporto necessari alle diverse

direzioni generali della Giunta regionale e al Ministero della Salute per l'attuazione delle leggi regionali e nazionali.

2. L'Osservatorio epidemiologico attiva collegamenti funzionali con gli osservatori epidemiologici istituiti dalle altre regioni, con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, con il laboratorio epidemiologico dell'Istituto superiore di Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 6 – Bollettino Ufficiale sanità, con le università, gli enti di ricerca e con le strutture sanitarie pubbliche e private in grado di fornire supporto per il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 1.

3. La Regione provvede a predisporre rapporti periodici sul quadro epidemiologico regionale e territoriale, il cui confronto cronologico evidenzia i risultati in termini di riduzione della mortalità, della incidenza delle malattie e degli indicatori degli obiettivi di salute.»; k) l'articolo 6 è sostituito dal seguente:

#### **Art. 6 (Agenzie di tutela della salute)**

1. Sono istituite le agenzie di tutela della salute, di seguito denominate ATS, come da allegato 1 che costituisce parte integrante della presente legge.

2. Le ATS sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Le ATS attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie. L'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie è assicurata dai soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata. Le ATS garantiscono l'integrazione di tali prestazioni con quelle sociali di competenza delle autonomie locali. Le ATS stipulano contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati insistenti sul relativo territorio di competenza e garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PSL. In particolare, le ATS devono garantire l'attuazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i).

3. Alle ATS, anche attraverso l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, sono in particolare attribuite le seguenti funzioni: a) negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla Regione, come

previsto dall'articolo 5, comma 3; su richiesta dei comuni e ai fini di una migliore integrazione con le prestazioni sociosanitarie, le ATS possono estendere tali attività anche alle prestazioni sociali, i cui oneri non possono comunque gravare sul fondo sanitario regionale;

b) governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, e secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale;

c) governo dell'assistenza primaria e del convenzionamento delle cure primarie;

d) governo e promozione dei programmi di educazione alla salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione;

e) promozione della sicurezza alimentare medica e medica veterinaria;

f) prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico; g) sanità pubblica veterinaria;

h) attuazione degli indirizzi regionali e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica e protesica;

i) vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del d.lgs. 502/1992, secondo le cadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'agenzia di controllo di cui all'articolo 11.

4. Le ATS possono attivare un sistema di acquisti in rete attraverso forme di acquisizione aggregata, secondo modalità operative definite dalla Giunta regionale e nel rispetto del coordinamento e degli indirizzi di ARCA.

5. Le ATS, sentiti i consigli di rappresentanza dei sindaci e le assemblee dei sindaci di cui all'articolo 20 e secondo l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, per garantire l'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria con quella sociale si avvale del dipartimento di cui al comma 6, lettera f), e per organizzare tale integrazione, anche attraverso i piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e alla legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario).

6. Ogni ATS adotta l'organizzazione interna più idonea alla propria realtà territoriale, sottoponendola all'approvazione della Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, articolandosi nei seguenti dipartimenti:

- a) dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria;
- b) dipartimento delle cure primarie;
- c) dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- d) dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale;
- e) dipartimento amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali;
- f) dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali, con la possibilità di attivare una cabina di regia con funzioni consultive rispetto alle attività del dipartimento, la cui composizione è determinata con provvedimento del direttore generale dell'ATS secondo linee guida stabilite dalla Giunta regionale, anche al fine di risolvere le situazioni di criticità di natura sociosanitaria riscontrate nel territorio di propria competenza.

7. Le ATS provvedono alla riscossione dei ticket anche sulle proprie prestazioni sanitarie, nonché all'autorizzazione e al coordinamento della riscossione diretta da parte dei soggetti erogatori che ne facciano richiesta e, in tutti i casi di accertamento di dichiarazioni mendaci rese dagli interessati ai fini dell'esenzione dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria, procedono al recupero delle somme non rimosse, nonché all'applicazione, secondo le disposizioni della legge 24 novembre 1981, n. 689 (Modifiche al sistema penale) e della legge regionale 1 febbraio 2012, n. 1 (Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria), della sanzione amministrativa pecuniaria di cui all'articolo 316-ter, secondo comma, del codice penale. Le somme rimosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dalle ATS e possono essere destinate anche all'abbattimento delle quote di compartecipazione dei cittadini ed alla riduzione delle liste d'attesa.

8. Le ATS ispirandosi ai principi di cui all'articolo 2, al fine di garantire un'efficace, efficiente, appropriata ed economica integrazione delle

attività di erogazione dei servizi del SSL, prevedono che i soggetti erogatori di diritto pubblico che hanno sede ed operano sul territorio di propria competenza svolgano attività finalizzate ad ottenere il coordinamento e l'integrazione dell'erogazione di prestazioni che permettano di completare e ottimizzare l'erogazione dei propri servizi.

9. Quanto previsto dal comma 8 avviene mediante la stipula di specifici accordi che non possono modificare, né tutto né in parte, i criteri, le modalità e l'ammontare delle remunerazioni delle prestazioni erogate oggetto dell'accordo, fatta salva la preventiva ed espressa autorizzazione della Regione. In ogni caso gli accordi di cui sopra acquistano efficacia se non ratificati dal direttore generale dell'assessorato competente.

10. Con le medesime modalità ed i limiti di cui ai precedenti commi, le ATS possono autorizzare la stipula di accordi anche con soggetti privati accreditati di cui all'articolo 8, purché in possesso di tutti i requisiti necessari per lo svolgimento dell'attività richiesta e previo espresso e preventivo consenso degli stessi soggetti privati.

11. Le ATS, coerentemente con il PSL di cui all'articolo 4, comma 1, lettere a) e b), e in applicazione di quanto previsto dall'articolo 5, comma 7, possono concordare con i soggetti erogatori che operano sul proprio territorio di competenza di modificare la propria offerta, al fine di rispondere con maggiore appropriatezza ai bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini. In mancanza di un'adeguata offerta territoriale, le ATS adeguano la propria attività di programmazione per rispondere alla domanda inevasa di prestazioni sociosanitarie e sanitarie.»; Bollettino Ufficiale Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 7 – l) l'articolo 7 è sostituito dal seguente:

**Art. 7 (Aziende sociosanitarie territoriali  
e aziende ospedaliere)**

1. Sono istituite le aziende sociosanitarie territoriali, di seguito denominate ASST, come da allegato 1.

2. Le ASST, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona. Tale attività è volta a

garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale. In particolare, le ASST operano garantendo la completa realizzazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i).

3. Fermo restando il principio della libera scelta da parte del cittadino e in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h), le ASST garantiscono e valorizzano il pluralismo socioeconomico, riconoscendo il ruolo della famiglia, delle reti sociali, e degli enti del terzo settore, quali componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione territoriale e assicurano un pieno coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

4. Le ASST si articolano in due settori aziendali rispettivamente definiti rete territoriale e polo ospedaliero, che afferiscono direttamente alla direzione generale. La responsabilità di garantire il coordinamento della gestione di ciascun settore aziendale spetta al direttore generale il quale, al fine di ottimizzare il funzionamento e la gestione dei settori aziendali, può attribuire esclusivamente al direttore sanitario la funzione di direzione del settore aziendale polo ospedaliero ed esclusivamente al direttore sociosanitario la funzione di direttore del settore aziendale rete territoriale. La remunerazione delle prestazioni connesse allo svolgimento di tali incarichi s'intende ricompresa nel compenso pattuito al momento del conferimento della nomina da parte del direttore generale delle funzioni e dell'incarico di direttore sanitario e direttore sociosanitario delle ASST.

5. Considerata la complessità organizzativa e funzionale dei settori aziendali delle ASST, la direzione generale deve garantire sia la specificità che il coordinamento delle attività svolte dai rispettivi settori aziendali. A tal fine il direttore generale può conferire a ciascun settore aziendale, anche parzialmente, autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale, per lo svolgimento delle funzioni del settore aziendale, onde permettere il conseguimento degli obiettivi aziendali ricavabili dalla presente legge e di quelli attribuiti annualmente dal direttore generale.



6. Il direttore generale, che mantiene la piena potestà gestionale delle ASST, può revocare una o entrambe le funzioni di direzione dei settori aziendali conferiti per ragioni organizzative e gestionali. 7. Il direttore amministrativo, tenuto conto degli obiettivi aziendali dei settori rete territoriale e polo ospedaliero, sovrintende per quanto di propria competenza all'attività contabile ed amministrativa dei settori aziendali, garantendo l'unicità e l'universalità del bilancio delle ASST.

8. Alla direzione sanitaria e/o alla direzione sociosanitaria, secondo le indicazioni della direzione generale, nei settori aziendali polo ospedaliero e rete territoriale afferiscono le professioni sanitarie, ordinate sulla base di una specifica organizzazione, da definire nei piani di organizzazione aziendale, che garantisca una direzione delle attività di assistenza, tecnico sanitaria, prevenzione e riabilitazione, nelle aree previste dalla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica).

9. Il settore aziendale polo ospedaliero si articola in presidi ospedalieri e/o in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri. Questo settore è prevalentemente dedicato al trattamento del paziente in fase acuta ed è sede dell'offerta sanitaria specialistica.

10. Il settore aziendale polo ospedaliero è organizzato su più livelli che distinguono i presidi ospedalieri e/o i dipartimenti per complessità di cura, tecnologica e organizzativa in coerenza con la normativa nazionale. Nel settore aziendale polo ospedaliero le unità operative sono organizzate in strutture dipartimentali, secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e dai CCNL di riferimento; il dipartimento di emergenza e urgenza è costituito nelle aziende e nei presidi individuati dalla programmazione regionale. La Giunta regionale dispone, nell'adozione del POAS, che in ogni ASST sia individuato il polo ospedaliero costituito da almeno un presidio ospedaliero.

11. Il settore aziendale rete territoriale delle ASST, per quanto di propria competenza, eroga le prestazioni distrettuali di cui al d.lgs. 502/1992, coerentemente a quanto previsto nella presente legge. Le ASST favoriscono l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali.

12. Il settore aziendale rete territoriale delle ASST, nei limiti e nelle forme della presente legge, eroga prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, le cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali. Il settore aziendale rete territoriale eroga, altresì, le prestazioni distrettuali fornite alle persone, che erano erogate dalla ASL, ad eccezione di quelle ora espressamente attribuite alle ATS. Erega, inoltre, le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari, eventualmente delegate dalle ATS o dalle autonomie locali, in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse, con modalità di presa in carico, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità. Le attività di prevenzione sanitaria, incluse la profilassi delle malattie infettive, la vigilanza e la tutela della salute collettiva dai rischi ambientali e individuali, sono svolte con il coordinamento del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS, in coerenza con il PRP che assicura la funzione di governance e l'identificazione dei soggetti erogatori delle prestazioni.

13. Al settore rete territoriale, secondo l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali nei limiti previsti dalla presente legge e al quale afferiscono: a) i presidi ospedalieri territoriali (POT); b) i presidi sociosanitari territoriali (PreSST).

14. Le ASST gestiscono i POT e i PreSST direttamente, ovvero anche mediante la stipulazione di accordi tra le stesse e altri soggetti erogatori accreditati, validati dalla competente ATS. Tali presidi possono essere preferibilmente organizzati in collegamento funzionale con le unità complesse di cura primarie, garantendo il coordinamento con l'attività degli specialisti ambulatoriali, anche attraverso il relativo elenco regionale per la specialistica ambulatoriale convenzionata (ERSAC). Tali presidi devono essere ben identificabili dal cittadino e costituiti all'interno di strutture, quali presidi ospedalieri, poliambulatori, strutture territoriali e unità d'offerta sociosanitarie, collegate in via informatica con l'azienda di appartenenza e dotate di strumentazioni di base, che costituiscono sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa

nei confronti delle cronicità e delle fragilità, e concorrono a garantire la continuità delle cure.

15. I POT sono strutture multiservizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e, tenuto conto delle peculiarità territoriali come definite nel PSL, di prestazioni ambulatoriali e domiciliari.

16. I PreSST costituiscono una modalità organizzativa di riferimento con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale e concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità. I PreSST: a) erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità; b) possono attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione dell'ATS territorialmente competente; Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 8 – Bollettino Ufficiale c) promuovono percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria.

17. I PreSST possono essere anche organizzati secondo le modalità previste per l'ospedale di comunità di cui al punto 10.1 dell'Allegato 1 del decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70.

18. La Regione può istituire nuove aziende ospedaliere, secondo i requisiti previsti dalla normativa vigente.

19. Nell'ambito della ATS della Città Metropolitana di Milano e della ATS montagna, in ragione della peculiarità territoriale, possono essere individuati dalla Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente e sentite le conferenze dei sindaci territorialmente competenti, particolari modelli gestionali, organizzativi ed aziendali che consentono un miglioramento della rete dell'offerta e una sua razionalizzazione.

20. Fatto salvo quanto definito al comma 2, le singole funzioni disciplinate nel presente articolo possono, in ogni caso, essere svolte anche da soggetti di diritto privato di cui all'articolo 8.»; m) dopo l'articolo 7 è inserito il seguente:

#### **Art. 7 bis (Distretti)**

1. In ogni ATS sono costituiti un numero di distretti pari al numero delle ASST comprese nelle ATS medesime.

2. La ATS si articola in distretti che hanno competenza sul territorio corrispondente a quello del settore aziendale territoriale delle ASST di cui all'Allegato 1 della presente legge. I distretti sono articolati dalla ATS in ambiti distrettuali, comprendenti ciascuno una popolazione di norma non inferiore a 80.000 abitanti. Nelle aree ad alta densità abitativa tale rapporto è elevato fino a 120.000 abitanti. Nelle aree montane e nelle aree a scarsa densità abitativa, l'ambito può comprendere una popolazione minima di 25.000 abitanti. Per la Città Metropolitana di Milano i distretti e le relative articolazioni in ambiti distrettuali tengono conto delle articolazioni territoriali funzionali della stessa.

3. I distretti delle ATS e le loro articolazioni territoriali di cui all'articolo 20, comma 1, con la direzione sociosanitaria delle ASST assicurano che le ASST e i soggetti erogatori del SSL abbiano risorse sufficienti per garantire l'omogeneità dell'erogazione delle prestazioni distrettuali.

4. I distretti partecipano alla cabina di regia di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f). 5. I distretti della ATS, nell'ambito delle risorse assegnate, hanno autonomia economica-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale per lo svolgimento delle funzioni assegnate e per il conseguimento degli obiettivi aziendali, compreso il coordinamento delle attività. I distretti delle ATS contribuiscono alla programmazione per la realizzazione della rete d'offerta territoriale, al fine di:

a) fornire informazioni alle ATS per l'analisi della domanda del territorio e per la programmazione delle attività, ai fini della stesura del POAS delle ATS;

b) partecipare alle azioni di governo della domanda del territorio di propria competenza in collaborazione con i professionisti di cui all'articolo 10;

c) contribuire a garantire le attività di informazione, educazione e orientamento all'utenza, nonché all'accoglienza e alla presa in carico delle persone fragili con problematiche complesse, prestando particolare attenzione alla famiglia e al suo contesto di vita;

d) coordinare la realizzazione degli interventi di promozione della salute e la realizzazione delle campagne di screening.

6. I distretti afferiscono direttamente alle direzioni generali delle ATS e interagiscono con tutti i soggetti erogatori insistenti sul territorio di

competenza, al fine di realizzare la rete d'offerta territoriale, anche attraverso il coinvolgimento, per i servizi di competenza delle autonomie locali, delle assemblee dei sindaci dei piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000 n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), al fine di contribuire a garantire le funzioni di cui all'articolo 3-quinquies d.lgs. 502/1992.

7. L'erogazione delle prestazioni relative alle funzioni distrettuali di cui al comma 6 sono affidate alle ASST ed ai soggetti erogatori del SSL, fatta eccezione per quelle prestazioni che le ATS, conformemente a quanto previsto dalla presente legge, possono erogare direttamente. In ogni caso, l'erogazione delle prestazioni distrettuali è garantita e assicurata dall'attività di programmazione e acquisto delle prestazioni e dei servizi da parte delle ATS.»; n) l'articolo 8 è sostituito dal seguente:

#### **Art. 8 (Strutture private accreditate)**

1. I soggetti erogatori privati sanitari e sociosanitari che mantengono la propria autonomia giuridica e amministrativa rientrano nella programmazione e nelle regole del SSL e ne sono parte integrante, concorrono all'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 7, in relazione al proprio assetto giuridico ed amministrativo.

2. I soggetti erogatori di cui al comma 1, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa regionale e in coerenza con la programmazione territoriale del SSL, sottoscrivono con le ATS competenti per le prestazioni previste dalla programmazione di cui al comma 1 contratti analoghi a quelli previsti per le ASST di cui all'articolo 7, assumendo e rispettando i medesimi diritti e doveri, ove applicabili, previsti per le strutture pubbliche senza contributi aggiuntivi diversi da quelli previsti dalla presente legge.

3. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle strutture private sociali ai fini dell'integrazione dell'attività sociale con le attività sanitarie e sociosanitarie compatibilmente con la normativa nazionale e regionale.»; o) l'articolo 9 è sostituito dal seguente:

#### **Art. 9 (Modelli di presa in carico per il paziente cronico e fragile)**

1. Il SSL attiva modalità organizzative innovative di presa in carico in grado di integrare, anche facendo uso delle più aggiornate tecnologie e pratiche metodologiche, in particolare di telemedicina, le modalità di

risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, sia ospedaliere sia territoriali.

2. La Regione adotta e mantiene aggiornato un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponde una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito, fatte salve eventuali forme di integrazione della tariffa prevista per il ricovero.

3. La Regione a tali fini definisce in particolare: a) le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali corrispondenti al livello appropriato di intensità assistenziale, da definire anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno; b) i criteri di accreditamento e remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti di natura pubblica o privata, che intendono attuare il modello di cui al comma 2, anche prevedendo un sistema premiante e penalizzante in funzione degli esiti riferiti all'incidenza di ricoveri e complicanze dei percorsi per la cronicità.

4. L'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 2 e 3 può prevedere fasi di progressiva e graduale messa a regime.»; p) l'articolo 10 è sostituito dal seguente:

#### **Art. 10 (Sistema delle cure primarie)**

1. L'assistenza primaria viene erogata dai medici di medicina generale (MMG), dai pediatri di libera scelta (PLS) e dai medici di continuità assistenziale secondo quanto previsto nei LEA e negli accordi collettivi nazionali e di categoria, nonché secondo competenza e ruolo disciplinati dalla Regione Lombardia, in aderenza ai principi di valorizzazione, di responsabilità, di controllo e di formazione indipendente. Bollettino Ufficiale Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 9 – 2. L'assistenza primaria, che comprende anche la partecipazione alla

procedura di valutazione multidimensionale del bisogno, articola il proprio intervento secondo i seguenti livelli prestazionali:

- a) l'assistenza sanitaria primaria;
- b) la partecipazione alla presa in carico della persona fragile e cronica secondo i modelli di cui all'articolo 9;
- c) gli interventi in ambito di integrazione sanitaria e sociosanitaria con quella sociale, che può prevedere il coinvolgimento delle autonomie locali, mediante la partecipazione delle rispettive assistenti sociali.

3. Rientrano tra le forme organizzative dell'assistenza sanitaria primaria le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) di MMG e di PLS, e le unità complesse di cure primarie (UCCP), come previsto dal decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute) convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e dagli accordi collettivi nazionali di categoria. La Regione promuove nelle competenti sedi, compresa la contrattazione decentrata, il perseguimento dei seguenti obiettivi riferiti all'assistenza sanitaria primaria che:

- a) è erogata negli studi di MMG e anche al domicilio del paziente, garantendo l'accesso diretto e illimitato;
- b) assicura un accesso appropriato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie attraverso la personalizzazione del percorso assistenziale, il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti sanitari presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie e l'interazione con le cure di alta specialità;
- c) concorre al contrasto dell'inappropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie; d) concorre alle campagne di educazione alle terapie e di prevenzione delle malattie e delle loro complicanze secondo le indicazioni stabilite dalle ATS.

4. Le AFT 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.

5. Le ATS individuano le AFT tenendo conto del bacino territoriale, dell'ubicazione dei singoli studi dei medici e della presenza di

associazioni di MMG o PLS, al fine di mantenere o realizzare una ulteriore razionalizzazione dell'offerta, anche in termini di accessibilità alle prestazioni.

6. Negli studi di MMG e di PLS è favorita la presenza di personale di studio, di infermieri e la collaborazione di professionisti sanitari con adeguato profilo professionale. Gli studi di MMG possono accreditarsi per erogare prestazioni strumentali di primo livello, anche attraverso il ricorso a sistemi di telemedicina o altre soluzioni tecnologicamente avanzate, e possono essere sede di attività specialistiche ambulatoriali compatibili con le caratteristiche strutturali e organizzative.

7. Le azioni di presa in carico della persona, nella prospettiva della continuità assistenziale e nella gestione dei percorsi di cura e assistenza, sono assicurate dalle AFT e dalle UCCP. Le UCCP, che possono coordinare le AFT insistenti sul territorio di pertinenza, costituiscono forme organizzative complesse a carattere multiprofessionale che operano in maniera integrata all'interno di strutture o presidi.

8. Le UCCP sono costituite secondo le modalità stabilite dalla Regione e dirette secondo quanto previsto dal d.l. 158/2012 convertito dalla l. 189/2012. Alle UCCP possono essere affidate funzioni sanitarie e/o amministrative, quali prenotazioni, riscossione della compartecipazione ed erogazione protesica. Le UCCP possono essere autorizzate ad operare in integrazione funzionale con il settore ospedaliero delle ASST di cui all'articolo 7, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS e degli altri soggetti erogatori sanitari e sociosanitari di diritto pubblico e privato.

9. Con deliberazione della Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, sono definiti i requisiti organizzativi e i criteri funzionali per l'accreditamento e le modalità di integrazione delle UCCP con l'articolazione della rete di offerta. Nell'ambito delle UCCP è prevista l'attività di coordinatore di cure primarie, identificato tra i professionisti sanitari, per la gestione del piano di cure, predisposto dal medico di cure primarie, con particolare riguardo all'assistenza primaria e domiciliare, al fine di assicurare la collaborazione e il raccordo tra gli MMG e le articolazioni territoriali sanitarie e sociosanitarie, per accogliere e accompagnare la persona e la sua famiglia nella scelta più appropriata rispetto al bisogno espresso e alle opportunità della rete di offerta territoriale ed ospedaliera, sanitaria e sociosanitaria.



10. Nell'ambito del settore delle cure primarie, governato dalle ATS territorialmente competenti, è istituito il servizio dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie, inteso come il servizio infermieristico e delle professioni sanitarie singolo o associato a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali. Sono altresì introdotte nel SSL le farmacie di servizio, come previsto dall'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69 (Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile).

11. La Regione favorisce l'esercizio in forma associata dell'attività dei medici di cure primarie, preferibilmente attraverso l'erogazione delle relative prestazioni nei POT e nei PreSST ovvero con forme aggregative alternative per particolari territori disagiati.»; q) l'articolo 11 è sostituito dal seguente:

**Art. 11 (Agenzia di controllo del sistema  
socio sanitario lombardo)**

1. La Regione istituisce l'Agenzia di controllo del sistema socio sanitario lombardo quale ente di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile. 2. Sono organi dell'Agenzia di controllo che restano in carica non oltre la durata della legislatura:

- a) il direttore, nominato dal Presidente della Giunta regionale, individuandolo da un elenco stilato dal comitato tecnico consultivo di cui all'articolo 4 della legge regionale 10 dicembre 2008, n. 32 (Disciplina delle nomine e designazioni della Giunta regionale e del Presidente della Regione), tra i partecipanti ad un bando predisposto dalla Giunta regionale per la selezione di candidati con particolare esperienza di gestione dei sistemi sanitari e socio sanitari e di sistemi di qualità connessi all'attività sanitaria e socio sanitaria e con specifiche competenze legali e gestionali; il rapporto di lavoro del direttore è regolato da un contratto di diritto privato, di durata non superiore a cinque anni, rinnovabile, nel quale sono disciplinate gli aspetti retributivi e le cause di risoluzione;
- b) il collegio sindacale, secondo la composizione di cui all'articolo 3 ter, comma 3 del d.lgs. 502/1992;

c) il comitato di direzione, alle cui riunioni partecipa anche il direttore, è composto da tre membri nominati dal Presidente della Giunta regionale, su indicazione della Conferenza dei presidenti dei gruppi di minoranza del Consiglio regionale, individuati da un elenco stilato dal comitato tecnico consultivo di cui all'articolo 4 della l.r. 32/2008, tra i partecipanti ad un bando predisposto dalla Giunta regionale per la selezione di candidati con particolare esperienza di gestione dei sistemi sanitari e socio sanitari e di sistemi di qualità connessi all'attività sanitaria e sociosanitaria e con specifiche competenze legali e gestionali. Il comitato tecnico consultivo, in particolare, individua nell'elenco le candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL, in un numero tra il triplo ed il quadruplo dei membri da nominare, anche avvalendosi per la selezione, di test, questionari e/o colloqui individuali, e descrive le caratteristiche dei candidati individuati. 3. La Conferenza dei presidenti dei gruppi di minoranza può conferire l'incarico di membro del comitato di direzione anche ad altro soggetto, purché inserito nell'elenco di cui alla lettera c).

4. L'Agenzia di controllo, quale organismo tecnico-scientifico terzo ed indipendente, svolge le seguenti funzioni:

a) predispone e propone alla Giunta regionale che lo approva, previo parere della commissione consiliare competente, il piano annuale dei controlli e dei pro- Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 10 – Bollettino Ufficiale Protocolli; la funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS deve essere svolta integrandosi e coordinandosi con il contenuto dei medesimi. Le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL s'intendono, esclusivamente per l'esercizio di tale attività, funzionalmente collegate con l'Agenzia di controllo, che ne coordina l'attività verificando la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS;

b) programma e coordina gli interventi delle strutture di controllo delle ATS, in accordo con le ATS di competenza su tutto il territorio regionale;

c) definisce gruppi di lavoro multidisciplinari, attingendo dalle strutture di cui alla lettera a), provenienti da più ATS, per l'effettuazione delle

diverse tipologie di controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie;

d) individua e valuta un sistema di monitoraggio improntato al rafforzamento dei controlli, non limitato all'esame a campione, ma articolato in un diffuso raffronto di dati e indicazioni per prestazioni omogenee che garantiscano la rispondenza ai criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità delle prestazioni e dei servizi erogati, anche attraverso l'analisi dell'incidenza dei costi sui fattori di produzione dei soggetti erogatori;

e) valuta la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione della remunerazione delle funzioni non tariffabili e, in funzione degli esiti analitici, propone ulteriori indicatori alla Giunta regionale;

f) valuta la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione delle maggiorazioni tariffarie di cui all'articolo 27 bis;

g) analizza i dati che derivano dall'attività di controllo e fornisce alla Giunta regionale elementi utili per l'aggiornamento del sistema degli indicatori di efficacia ed efficienza a supporto della programmazione, del sistema di valutazione delle performance, utilizzando metodologie di revisione tra pari e al fine di rendere, mediante un'adeguata informazione, la scelta del cittadino consapevole e responsabile;

h) valuta che le procedure di acquisto, effettuate in forma aggregata e/o da ARCA, nell'interesse del SSL, siano conformi ai principi di buon andamento, imparzialità, economicità e appropriatezza;

i) raccoglie i dati oggetto della propria attività di controllo del SSL e le informazioni sulla soddisfazione degli utenti, anche in collaborazione con l'Agenzia di promozione del SSL di cui all'articolo 14, e con l'obbligo di presentare una relazione annuale al Consiglio regionale e di provvedere alla successiva pubblicazione integrale della relazione, completa di dati esaustivi, in modo puntuale e trasparente.

5. Le funzioni di cui alle lettere a), d), e), f), g), h) e i) del comma 4 sono in capo al comitato di direzione. Le funzioni di cui alla lettera b) sono in capo al direttore generale. Le funzioni di cui alla lettera c) sono in capo al direttore generale, sentito il comitato di direzione.

6. Il comitato di direzione valuta il raggiungimento degli obiettivi annuali assegnati al direttore, anche ai fini della valutazione sulla

retribuzione di risultato, e propone alla Giunta regionale la risoluzione del contratto nel caso in cui ravvisi la sussistenza di gravi inadempienze o violazioni di legge o dei principi di buon andamento ed imparzialità dell'attività amministrativa.

7. La Regione e tutti gli enti del sistema sono tenuti a fornire all'Agenzia tutti i dati e le informazioni utili all'espletamento dei compiti alla stessa affidati dalla presente legge. I risultati dell'attività del GATTS di cui all'articolo 5, comma 8, possono essere utilizzati dall'Agenzia di controllo per lo svolgimento della propria attività.

8. Qualora le ATS non si conformino alle richieste formulate dall'Agenzia, la stessa Agenzia invia alla Giunta regionale la segnalazione di tali omissioni, affinché quest'ultima provveda all'assunzione di provvedimenti opportuni nei confronti della ATS inadempiente.

9. Ai fini della piena funzionalità dell'Agenzia, su proposta del comitato di direzione, la Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, definisce la sede, la struttura organizzativa, il patrimonio e le risorse professionali e finanziarie.»; r) l'articolo 12 è sostituito dal seguente:

### **Art. 12 (Organi delle ATS, delle ASST, delle AO e degli IRCCS)**

1. Sono organi delle ATS, delle ASST, delle AO e degli IRCCS di diritto pubblico, per quanto attinente alle nomine di competenza regionale, il direttore generale, il collegio di direzione ed il collegio sindacale; il direttore generale è anche il rappresentante legale dell'Azienda, fatto salvo quanto previsto statutariamente e normato a livello nazionale per gli IRCCS. Il direttore generale è nominato, per non più di due mandati nella stessa sede, con provvedimento della Giunta regionale tra gli idonei presenti nell'elenco di cui al comma 3. Presso le Aziende nelle quali si svolgono corsi delle facoltà di medicina e chirurgia, la nomina avviene consultato il rettore dell'università interessata. Il parere s'intende in ogni caso acquisito decorse ventiquattro ore dall'inoltro della proposta regionale.

2. Il direttore generale, secondo quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 3 bis del d.lgs. 502/1992, è oggetto di valutazione da parte della Giunta regionale secondo indicatori di risultato relativi a

efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità delle prestazioni e dei servizi erogati, declinati con provvedimento della Giunta regionale e finalizzati prevalentemente al mantenimento della salute dei cittadini, alla accessibilità dei servizi, al governo dei tempi di attesa e alla corretta gestione del budget. La Giunta regionale, con provvedimento adeguatamente motivato, in caso di mancato raggiungimento degli stessi, può risolvere il contratto. La Giunta regionale può, inoltre, modificare, quanto alla sede di assegnazione, gli incarichi già conferiti ai direttori generali. La mobilità interaziendale non ha effetto sulla durata dell'originario contratto, e la mancata accettazione, senza giustificato motivo, del reincarico comporta la risoluzione del contratto.

3. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione generale, i candidati, in possesso di diploma di laurea magistrale, devono dimostrare di possedere un'adeguata esperienza in posizione dirigenziale conferita, di almeno cinque anni nel campo delle strutture sanitarie o sociosanitarie o almeno di sette anni in altri settori e caratterizzata da autonomia gestionale e con diretta responsabilità della gestione delle risorse umane, tecniche o finanziarie. Per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche il requisito minimo viene identificato con la direzione di struttura semplice o di incarico, anche individuale, di valenza aziendale caratterizzata da autonomia gestionale, diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, secondo quanto previsto dagli articoli 3 e 3bis del d.lgs. 502/1992. Per gli incarichi svolti presso le strutture sanitarie e sociosanitarie private valgono ruoli equivalenti, purché certificati.

4. Nella deliberazione finalizzata alla formazione dell'elenco degli idonei, la Giunta regionale definisce le modalità di selezione e specifica i criteri da utilizzare al fine di valutare in concreto l'adeguatezza dell'esperienza dirigenziale, anche con riferimento al settore di provenienza, tenuto conto della tipologia delle strutture nelle quali sia stata effettivamente svolta l'attività.

5. Per la formazione dell'elenco di cui al comma 3, la Giunta regionale nomina una commissione valutatrice, che dura in carica tre anni e opera a titolo gratuito, costituita da tre componenti di comprovata esperienza in materia di organizzazione, diritto, economia e management sanitario

tra quelli indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (AGENAS). Il presidente è eletto all'interno della commissione stessa.

6. La commissione in particolare individua nell'elenco di cui al comma 3 le candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL, in un numero tra il doppio e il triplo dei direttori generali da nominare, anche avvalendosi per la selezione di test, questionari e/o colloqui individuali, e descrive le caratteristiche dei candidati individuati.

7. Resta prerogativa del Presidente della Giunta di conferire il relativo incarico ad altro soggetto inserito nell'elenco di cui al comma 3, in ottemperanza a quanto previsto dal d.lgs. 502/1992. 8. L'inserimento nell'elenco degli idonei è condizione necessaria ma non sufficiente ai fini della nomina. Per il Bollettino Ufficiale Supplemento n. 33 - venerdì 14 agosto 2015 – 11 – conferimento della nomina valgono le norme in materia di inconferibilità dell'incarico. Inoltre, i candidati devono preferibilmente avere un'età inferiore di cinque anni rispetto ai limiti d'età di pensionabilità previsti dalla legge. I direttori generali nominati sono tenuti a produrre entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria di cui al decreto del Ministro della sanità 1° agosto 2000 o l'attestato di formazione manageriale di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale), in corso di validità.

9. Il rapporto di lavoro del direttore generale è esclusivo e regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico non superiore a cinque anni. Il direttore generale è sottoposto a valutazioni, come previsto dal comma 2. La durata del contratto non può comunque essere inferiore ad un anno. La retribuzione è stabilita dalla Giunta regionale in ottemperanza al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502 (Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere),

graduata secondo la complessità organizzativa e gestionale, il volume di produzione, il numero di abitanti e la superficie territoriale dell'ente in cui viene nominato, e prevedendo un incremento non superiore al venti per cento dell'emolumento, assegnato al raggiungimento degli obiettivi annualmente prefissati con apposita deliberazione della Giunta regionale, approvata entro il 30 novembre dell'anno precedente.

10. Qualora si renda vacante la posizione di direttore generale, ovvero nel caso in cui la Giunta regionale proceda alla sua sospensione cautelare, la Giunta regionale stessa può procedere alla nomina di un commissario straordinario, per un periodo massimo di dodici mesi. Il commissario deve possedere gli stessi requisiti previsti per la figura rimasta vacante. Durante il periodo di sospensione permane in capo al direttore generale sospeso il vincolo di esclusività di cui al comma 9. Al direttore generale sospeso è corrisposto un assegno alimentare pari al quaranta per cento del trattamento economico di base. Qualora alla sospensione faccia seguito la reintegrazione in servizio, al direttore è riconosciuto il trattamento economico dovuto al netto di quanto già percepito come assegno alimentare. Se alla sospensione, anche in caso di reintegrazione, fa seguito la risoluzione del contratto, non è dovuto alcun conguaglio. Tali disposizioni non si applicano alle procedure definite prima dell'entrata in vigore della legge regionale recante «Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)». Per quanto riguarda il rimborso delle spese di difesa giudiziale, ai direttori generali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 99 della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale).

11. Entro novanta giorni dalla nomina del nuovo direttore generale o del commissario straordinario si provvede alla verifica straordinaria di cassa e dei valori custoditi in tesoreria, nonché delle poste patrimoniali. Alle operazioni di verifica partecipano il direttore generale cessato dall'incarico, il nuovo direttore generale o il commissario straordinario, il tesoriere e il collegio sindacale, che redige il verbale sottoscritto dai partecipanti alla verifica stessa. La Giunta ha facoltà di disporre apposite

due diligence straordinarie e anche nei confronti di gestioni aziendali la cui direzione è esercitata dallo stesso titolare da più di cinque anni.

12. Il direttore generale nomina il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore sociosanitario, secondo quanto previsto dall'articolo

13. È facoltà del direttore generale procedere, con provvedimento adeguatamente motivato, alla revoca degli incarichi affidati al direttore sanitario, al direttore amministrativo e al direttore sociosanitario. 13. La Giunta regionale definisce la composizione, le competenze e i criteri di funzionamento del collegio di direzione, e disciplina le relazioni con gli altri organi aziendali nel rispetto delle disposizioni contenute nell'articolo 17 del d.lgs. 502/1992.

14. Il collegio sindacale è nominato dal direttore generale e svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

- a) verifica la regolarità amministrativa e contabile;
- b) vigila sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- c) esamina e esprime le proprie valutazioni sul bilancio di esercizio.

15. Il collegio di direzione e il collegio sindacale sono nominati secondo le modalità previste dal d.lgs. 502/1992.

16. Ai componenti del collegio sindacale spetta un'indennità per l'espletamento delle funzioni in misura pari al dodici per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali. Al presidente del collegio spetta un'indennità in misura pari al quindici per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali.»; s) l'articolo 13 è sostituito dal seguente: «

**Art. 13 (Direttore sanitario, direttore amministrativo  
e direttore sociosanitario)**

1. I direttori generali delle ATS e delle ASST nominano il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore sociosanitario tra gli idonei presenti nell'elenco di cui ai commi 2, 3 e 4. I direttori generali delle AO e degli IRCCS nominano il direttore sanitario e il direttore amministrativo tra gli idonei presenti nell'elenco di cui ai commi 2 e 3.

2. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione sanitaria, i candidati devono essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia e di almeno un diploma di specializzazione e avere un'età inferiore a sessantacinque anni. Devono dimostrare di aver svolto per almeno



cinque anni una qualificata esperienza dirigenziale caratterizzata da autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, presso la pubblica amministrazione, strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private, come previsto dal d.lgs. 502/1992.

3. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione amministrativa i candidati dovranno essere in possesso di diploma di laurea magistrale o diploma equipollente o equivalente in discipline giuridiche o economiche, avere un'età inferiore a sessantacinque anni e un'adeguata esperienza di direzione tecnica o amministrativa almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie, sociosanitarie o in altri settori, caratterizzata da autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie.

4. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione sociosanitaria, i candidati devono essere in possesso di diploma di laurea magistrale, non aver compiuto il sessantacinquesimo anno d'età e aver svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione in ambito sanitario, sociosanitario o socioassistenziale, caratterizzata da autonomia gestionale delle risorse umane, tecniche o finanziarie.

5. Per la formazione dell'elenco di cui al comma 3, la Giunta regionale nomina una commissione valutatrice, che dura in carica tre anni e opera a titolo gratuito, costituita da tre componenti di comprovata esperienza in materia di organizzazione, diritto, economia e management sanitario tra quelli indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'AGENAS. Il presidente viene eletto all'interno della commissione stessa.

6. La commissione in particolare individua nell'elenco di cui al comma 3 le candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL, in un numero tra il doppio e il triplo dei direttori generali da nominare, anche avvalendosi, per tale selezione, di test, questionari e/o colloqui individuali e descrive le caratteristiche dei candidati individuati.

7. Resta prerogativa del Presidente della Giunta quella di conferire il relativo incarico ad altro soggetto inserito nell'elenco di cui al comma 3, in ottemperanza a quanto previsto dal d.lgs. 502/1992. 8. L'inserimento negli elenchi degli idonei è condizione necessaria ma non sufficiente ai

fini della nomina, che avviene tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema di inconfiribilità dell'incarico e preferibilmente per i candidati con il limite di età inferiore di cinque anni rispetto ai limiti pensionistici individuali previsti dalla normativa nazionale vigente.

9. I rapporti di lavoro dei direttori sanitario, amministrativo e sociosanitario sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato che stabiliscono anche la durata dell'inca- Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 12 – Bollettino Ufficiale rico, normalmente quinquennale, con verifiche, e di norma non inferiore ad un anno. La retribuzione è stabilita dalla Giunta regionale in una percentuale non inferiore al 75 per cento di quella del direttore generale e prevedendo un incremento non superiore al venti per cento dell'emolumento assegnato al raggiungimento degli obiettivi annualmente prefissati dal direttore generale. I direttori sanitario, amministrativo e sociosanitario decadono dall'incarico al compimento del sessantacinquesimo anno di età. 10. Agli elenchi di cui al comma 2 attingono anche le strutture sanitarie private classificate come dipartimento d'emergenza accettazione (DEA) o dipartimento d'emergenza e alta specialità (EAS) o provviste di più di duecentocinquanta posti letto accreditati e a contratto o appartenenti a un ente unico gestore di almeno due presidi ospedalieri accreditati e a contratto.»; t) l'articolo 14 è sostituito dal seguente:

**Art. 14 (Agenzia per la promozione del sistema  
sociosanitario lombardo)**

1. Al fine di promuovere il sistema sociosanitario lombardo sul territorio nazionale ed a livello internazionale, ivi compreso il reperimento di adeguate risorse finalizzate a sostenere l'innovazione e la ricerca nelle strutture di riferimento specialistico, anche provenienti da prestazioni erogate a cittadini beneficiari di fondi integrativi, mutue e prestazioni in solvenza, è istituita l'Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo.

2. L'Agenzia ha la funzione di produrre e gestire strumenti organizzativi e di comunicazione indispensabili alla promozione di prestazioni sanitarie per utenti paganti in proprio, con particolare attenzione nei riguardi di paesi emergenti nei quali non sono garantite prestazioni di eccellenza medica e tecnologica. L'Agenzia predispone annualmente un piano di sviluppo delle attività di promozione e ne propone

l'approvazione alla Giunta regionale al fine di coordinare le azioni con tutte le iniziative di promozione regionale.

3. L'attività dell'Agenzia consiste anche nella sottoscrizione di accordi nazionali ed internazionali finalizzati all'erogazione delle prestazioni definite con i soggetti erogatori regionali pubblici e privati.

4. L'Agenzia istituisce l'Osservatorio delle best practices cliniche e dell'ottimizzazione dei processi aziendali e analizza i flussi globali della mobilità sanitaria, al fine di garantire le migliori performance di cura e di processo per la competizione in ambito sanitario mondiale.

5. L'Agenzia istituisce un Osservatorio sulla soddisfazione degli utenti, che prevede la presenza di rappresentanti dei pazienti e delle famiglie, al fine di raccogliere informazioni sulla soddisfazione degli utenti rispetto ai servizi offerti e alle prestazioni erogate.

6. Con la stessa finalità del comma 5, l'Agenzia può promuovere presentazioni a livello internazionale del proprio sistema socio sanitario, come veicolo per l'esportazione delle conoscenze prestazionali, logistiche ed organizzative nei confronti dei paesi interessati allo sviluppo dei propri modelli assistenziali, ivi comprese iniziative di formazione per il management dei sistemi sociosanitari e per la gestione delle buone pratiche cliniche.

7. Le risorse economiche derivanti dall'attività dell'Agenzia, detratti gli oneri necessari al suo funzionamento, sono destinate al sostegno della ricerca scientifica e al potenziamento del sistema SSL.

8. Sono organi dell'Agenzia il direttore ed il collegio dei revisori. Il direttore deve possedere adeguate capacità manageriali ed è coadiuvato da un comitato di indirizzo composto da rappresentanti dei soggetti erogatori pubblici e privati accreditati. L'Agenzia è costituita ed organizzata con deliberazione della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente.»; u) l'articolo 15 è sostituito dal seguente:

**Art. 15 (Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie)**

1. L'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria è rilasciata dall'ATS competente per territorio, che dispone anche le eventuali variazioni, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'autorizzazione in seguito al conferimento ad altro soggetto

giuridico, ed è richiesta per le strutture sanitarie di ricovero e cura, nonché per i centri di procreazione medicalmente assistita e per la residenzialità psichiatrica. Tutte le altre strutture sanitarie, le strutture sociosanitarie e i soggetti che intendono svolgere attività di soccorso sanitario, trasporto sanitario semplice o di trasporto sanitario, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti, presentano una segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) alla ATS competente per territorio, allegando i documenti previsti dalle vigenti normative.

2. La Giunta regionale, con deliberazione da comunicare alla commissione consiliare competente, stabilisce:

a) l'iter procedurale e i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie comprensive della presa in carico del cittadino, nonché le modalità di presentazione della SCIA;

b) le modalità di verifica della permanenza dei requisiti richiesti per l'esercizio delle attività di cui alla lettera a);

c) l'iter procedurale e i requisiti, ulteriori rispetto a quelli minimi, per la concessione dell'accreditamento, nonché la durata del medesimo accreditamento e le modalità di verifica della permanenza di tutti i requisiti richiesti;

d) le modalità di raccolta e aggiornamento dei dati inerenti alle strutture esercenti attività sanitarie e sociosanitarie.

3. Sono accreditate le strutture sanitarie pubbliche e private autorizzate, nonché le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private che abbiano presentato la SCIA e che siano in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private), nonché degli ulteriori requisiti stabiliti dalla Giunta regionale.

4. Le ATS accreditano le strutture sanitarie e sociosanitarie e dispongono eventuali variazioni dell'accreditamento, comprese quelle

determinate dal trasferimento dell'accreditamento in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico.

5. Per le strutture pubbliche e private l'accreditamento si perfeziona all'atto dell'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate, previa verifica con gli atti di indirizzo regionale, nel rispetto della normativa vigente sulla trasparenza dei dati.

6. L'accreditamento è condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate. L'assunzione degli oneri di cui al primo periodo è subordinata, sulla base del fabbisogno sanitario e sociosanitario del territorio stabilito dalla Regione, alla definizione degli accordi contrattuali con le ATS per la remunerazione delle prestazioni rese e alla valutazione delle performance. La conclusione degli accordi contrattuali, regolata dal sistema regionale di valutazione delle performances, è subordinata all'accettazione del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni e all'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione, sia per le strutture pubbliche sia per quelle private convenzionate.

7. La Giunta regionale approva lo schema tipo in base al quale le ATS stipulano gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 con i gestori di attività sanitarie e sociosanitarie. Le ATS provvedono anche alle novazioni contrattuali che si rendano necessarie a seguito delle variazioni di accreditamento.

8. La stipula degli accordi contrattuali è subordinata alla produzione da parte dei soggetti di diritto privato di documentazione comprovante requisiti di solidità del bilancio, capacità di continuità aziendale e di ottemperanza agli obblighi di legge, così come specificati con provvedimento della Giunta regionale.

9. Non possono essere accreditati, o decadono dall'accreditamento, i soggetti privati erogatori di attività sanitarie e sociosanitarie che utilizzano, anche saltuariamente, in violazione delle disposizioni contenute nell'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni Bollettino Ufficiale Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 13 – in materia di finanza pubblica), personale dipendente da aziende sanitarie e da strutture sanitarie e sociosanitarie del servizio sanitario nazionale. 10. L'accertamento, da parte dell'ATS

competente per territorio, della perdita dei requisiti comporta la declaratoria di decadenza dall'accreditamento e dalla titolarità dei conseguenti rapporti con il servizio sanitario e sociosanitario regionale. Il provvedimento recante la declaratoria è trasmesso alla direzione regionale competente ai fini della cancellazione dell'iscrizione nel registro delle strutture accreditate.

11. La decadenza dei soggetti erogatori o gestori dalla titolarità dei rapporti con il servizio sanitario e sociosanitario regionale può altresì essere dichiarata dal direttore generale dell'ATS quando sia accertata la reiterata applicazione distorta del sistema di remunerazione delle prestazioni, sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni stesse, sia sotto il profilo della loro completezza, comprese la specialistica ambulatoriale e la riabilitazione post acuti. La stessa reiterazione comporta, nel caso di soggetti erogatori pubblici, la decadenza dalla nomina del direttore generale e la conseguente risoluzione di diritto del contratto.

12. Nel rispetto delle indicazioni della programmazione regionale, il soggetto gestore di più stabilimenti o presidi o unità di offerta sanitarie e sociosanitarie accreditate pubblica o privata può chiedere l'identificazione in un unico soggetto gestore accreditato di una pluralità di strutture. Al fine di realizzare l'efficientamento della rete ospedaliera sono favoriti i processi di riconversione o fusione di soggetti erogatori accreditati, attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico, anche consortile, con il mantenimento dell'assetto accreditato dei soggetti intervenuti.»; v) l'articolo 16 è sostituito dal seguente:

#### **Art. 16 (Azienda regionale dell'emergenza urgenza)**

1. L'Azienda regionale emergenza urgenza (AREU) è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, avente autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile. Rientra tra gli enti del servizio sanitario regionale e, nell'ambito dei LEA, garantisce su tutto il territorio regionale lo svolgimento e il coordinamento intraregionale e interregionale delle funzioni a rete relative all'indirizzo, al coordinamento e al monitoraggio dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera, il coordinamento delle attività trasfusionali dei flussi di scambio e compensazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati, il coordinamento logistico delle attività di prelievo e di trapianto di organi

e tessuti, il coordinamento dei trasporti sanitari e sanitari semplici disciplinati dalla Regione, nonché le ulteriori funzioni assegnate dalla Giunta regionale. Sono in capo all'AREU il convenzionamento per l'attività di soccorso sanitario extra-ospedaliero e i relativi controlli secondo modalità operative definite con deliberazione della Giunta regionale.

2. Per le funzioni delegate di cui al comma 1 l'Azienda:

a) svolge un supporto tecnico-specialistico nei confronti della Giunta regionale;

b) svolge le funzioni di referente tecnico regionale nei confronti dei referenti tecnici delle altre Regioni, pubbliche amministrazioni e nei confronti del Ministero della Salute;

c) esercita attività di coordinamento definita nei rapporti convenzionali con gli altri enti del servizio sanitario regionale, esercitando una funzione di indirizzo e monitoraggio;

d) promuove il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale.

3. L'Azienda garantisce altresì l'operatività del servizio numero unico emergenza (NUE) 112 sul territorio lombardo e, in ottemperanza alla relativa direttiva europea, attiva, secondo le indicazioni regionali e in collaborazione con le ATS competenti, il numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117). In riferimento all'attività NUE 112 svolta dall'Azienda, qualora si rendesse necessario, la Giunta regionale può deliberarne l'afferenza diretta alla direzione generale della Presidenza della Giunta stessa.

4. Sono organi dell'Azienda: il direttore generale, il collegio sindacale e il collegio di direzione:

a) il direttore generale, nominato con i criteri di cui all'articolo 12, per lo svolgimento delle sue funzioni, è coadiuvato da un direttore sanitario e un direttore amministrativo. L'incarico affidato al direttore generale ha durata quinquennale;

b) al direttore sanitario e al direttore amministrativo si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni previste per le medesime figure professionali.

5. Per quanto riguarda il generale funzionamento dell'Azienda si applicano tutte le norme relative agli altri enti del servizio sanitario regionale.

6. Al fine di garantire la piena operatività dei servizi a rete, ferme restando le altre modalità di finanziamento previste dall'articolo 27, la Giunta regionale assegna annualmente all'AREU un finanziamento per quota capitaria per ogni funzione da svolgere, rapportata agli utenti assistiti, tenendo conto delle spese di funzionamento, mantenimento e sviluppo dell'attività, nonché una quota per ogni funzione ulteriore assegnata dalla Giunta regionale. 7. In relazione al NUE 112, la Giunta regionale assegna annualmente all'Azienda uno specifico finanziamento anche in ragione dello sviluppo futuro in collaborazione con altre amministrazioni pubbliche.

8. In occasione dell'adozione dei provvedimenti di natura programmatica, organizzativa e finanziaria, di cui al comma 7, la Giunta regionale acquisisce il parere dell'azienda sul fabbisogno necessario al regolare svolgimento delle funzioni assegnate, sia in termini di risorse umane sia di finanziamento, anche al fine di favorire e garantire la partecipazione ai soggetti del terzo settore.»; w) l'articolo 17 è sostituito dal seguente:

**Art. 17 (Organizzazione dei soggetti afferenti  
al sistema sociosanitario lombardo)**

1. Annualmente, di norma entro il 30 novembre antecedente l'anno di riferimento, la Giunta regionale approva le regole di sistema per l'anno successivo, contenenti i principi attuativi e organizzativi del SSL.

2. A seguito dell'emanazione delle regole di sistema per l'anno successivo, le ATS e tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico contrattualizzati con il SSL presentano alla Giunta regionale il POAS, a valenza triennale e rivedibile annualmente, qualora subentrino esigenze o modificazioni particolari, comprensivo del relativo piano delle assunzioni, e lo sottopongono alla Giunta regionale che può richiedere modifiche e l'approva di norma entro i successivi sessanta giorni.

3. Nel POAS sono contenuti i modelli organizzativi che le ATS e i soggetti erogatori adottano, le regole e le strategie di organizzazione interna finalizzate all'ottimizzazione del loro funzionamento e in ottemperanza al PSL, con particolare riguardo all'appropriatezza delle



prestazioni erogate, alla corretta determinazione del fabbisogno di personale che consenta la maggior trasformazione possibile di contratti da tempo determinato a indeterminato, marginalizzando altre forme di arruolamento con invarianza delle risorse economiche assegnate. In particolare, nel POAS devono essere esplicitate le articolazioni delle funzioni territoriali, come previsto dall'articolo 7 bis, comma 3, lettera a).

4. Sono soggetti al controllo della Giunta regionale, ai sensi dell'articolo 4, comma 8, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), i seguenti provvedimenti:

a) i piani e i bilanci di previsione e le relative variazioni delle agenzie, delle aziende ospedaliere, delle ASST, degli IRCCS e delle strutture private convenzionate;

b) il bilancio di esercizio, e una relazione analitica dell'utilizzo delle risorse regionali assegnate, delle agenzie, delle aziende ospedaliere, delle ASST, degli IRCCS e delle strutture private convenzionate.

5. Le richieste di chiarimenti da parte della direzione regionale competente comportano l'interruzione del termine per l'esercizio del controllo. Tale termine è sospeso dal 1° al 31 agosto di ogni anno.

6. Gli atti e i provvedimenti assunti dal direttore generale sono pubblicati nell'albo dei rispettivi enti. Sono immediatamente esecutivi quelli non soggetti a controllo. La esecutività degli altri è subordinata all'esito positivo del controllo della Giunta regionale. Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 14 – Bollettino Ufficiale

7. La Giunta regionale, anche con il supporto delle ATS, predispone programmi di valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate, nonché della relativa metodologia per portarla a conoscenza del Cittadino, a cui partecipano le strutture pubbliche e private accreditate, che si fanno carico dei relativi costi.

8. Le ATS, le ASST, le aziende ospedaliere e gli IRCCS di diritto pubblico partecipano al tavolo tecnico degli appalti istituito ai sensi dell'articolo 1 della legge regionale 28 dicembre 2007, n. 33 (Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) -

collegato 2008). L'ARCA S.p.a., nell'ambito delle sue funzioni, garantisce efficienza e trasparenza nelle politiche di approvvigionamento degli enti del SSR.

9. Presso la Giunta regionale sono aggiornati il ruolo del personale del servizio sanitario regionale e le variazioni conseguenti anche a processi di mobilità, previa informazione alle organizzazioni sindacali regionali di categoria maggiormente rappresentative.

10. Fermi restando i vincoli di finanza pubblica previsti dalla legislazione statale, al fine di potenziare le attività di ricerca di base e traslazionale, gli IRCCS possono stipulare contratti di lavoro a tempo determinato, utilizzando risorse economiche provenienti da finanziamenti privati, anche in deroga ai limiti posti dalle disposizioni regionali in materia di assunzioni e di fabbisogni autorizzati, ferma restando la preventiva autorizzazione da parte della Giunta regionale. Il personale assunto per garantire la piena sinergia tra le attività di ricerca e di assistenza svolge tutti i compiti tipici del profilo professionale di inquadramento in coerenza con i contratti individuali sottoscritti e con le finalità dei finanziamenti.

11. La Giunta regionale definisce le modalità operative per l'attuazione del programma di educazione continua in medicina (ECM) che rappresenta un processo di sviluppo professionale continuo costituente un obbligo per ogni professionista del SSL. 12. Al fine di elevare la qualità del SSR, gli enti di cui al comma 4 adottano i modelli organizzativi e ottemperano puntualmente agli adempimenti previsti dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione) e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni).»;

x) dopo l'articolo 17 è inserito il seguente:

**Art. 17 bis (Sistema formativo per il  
sistema sociosanitario lombardo)**

1. La Regione promuove la formazione del personale, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie e sociali del SSL, con l'obiettivo di migliorare la

professionalità a beneficio della qualità e dell'eccellenza del SSL e dei servizi erogati ai cittadini.

2. La Regione assicura per tutti i livelli professionali percorsi formativi adeguati a garantire l'assimilazione delle competenze in ambito sanitario, assistenziale, specialistico e territoriale, favorendo percorsi formativi orientati alla cura della persona e della cronicità.

3. La Regione attraverso una programmazione triennale della formazione delle risorse umane del SSL e l'aggiornamento annuale, in linea con le regole di sistema e il fabbisogno espresso, si prefigge il miglioramento della qualità del SSL, per favorire l'attuazione del PSSSL.

4. La Regione assicura il corretto equilibrio tra la programmazione del fabbisogno di risorse umane e delle competenze e lo sviluppo del SSL, individuando metodologie avanzate di stima del fabbisogno, allineate con le risorse finanziarie regionali e d'intesa con le università.

5. La Regione promuove l'integrazione tra le funzioni di assistenza, didattica e ricerca, per migliorare la formazione delle risorse umane impiegate nel SSL e garantire l'eccellenza nel contesto nazionale e internazionale.

6. Ai predetti fini è istituita presso l'Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione (Éupolis Lombardia), quale propria articolazione organizzativa, l'Accademia di formazione per il sistema sociosanitario lombardo (AFSSL), senza oneri a carico del bilancio regionale. L'AFSSL sostituisce la scuola di direzione sanitaria. La Giunta regionale dà mandato a Éupolis Lombardia di presentare, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge regionale recante «Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)», una proposta esecutiva nella quale siano individuati gli obiettivi, l'ordinamento, la struttura e la regolazione interna dell'AFSSL.

7. L'AFSSL risponde ai principi ispiratori del SSL e intende perseguire le seguenti finalità:

a) promuovere e garantire l'eccellenza del SSL, anche integrandosi con le funzioni di didattica, assistenza e ricerca del SSL;

b) coordinare la rete di formazione di cui al comma 1 d'intesa con l'Osservatorio integrato del SSL;

- c) garantire la formazione specialistica obbligatoria non universitaria, prevista dalla normativa nazionale, in particolare cura: 1. la tenuta del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, rilasciando l'attestato di formazione manageriale e la sua rivalidazione; 2. il corso di formazione specifica in medicina generale, assegnato alle Regioni dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE);
- d) realizzare nel SSL la rete formativa, la promozione e attuazione di percorsi formativi multidisciplinari, trasversali rispetto ai livelli di inquadramento e le specializzazioni e curare le esigenze formative necessarie per l'implementazione del SSL in coerenza con le previsioni del PLS;
- e) promuovere la sussidiarietà orizzontale tra rete di formazione e tra gli enti e le agenzie formative e la libera scelta del professionista nell'accedere alla formazione continua;
- f) validare la formazione conseguita all'estero dal personale del SSL e promuovere l'internazionalizzazione dei percorsi formativi alla ricerca dell'innovazione per i professionisti del SSL e attraendo personale di eccellenza dall'estero, in collaborazione e d'intesa con l'Agenzia per la promozione del SSL;
- g) promuovere percorsi di formazione strategica sulle policy sanitarie e l'innovazione continua del SSL, nell'assistenza, ricerca e didattica, sentito l'Osservatorio integrato del SSL;
- h) dare trasparenza agli investimenti nel capitale umano del SSL, rendicontando annualmente e su base triennale il bilancio dell'attività di formazione del ASSL.»;
- y) l'articolo 18 è sostituito dal seguente:

**Art. 18 (Valorizzazione e sviluppo delle professioni sanitarie)**

1. La Regione considera il personale del SSL risorsa strategica finalizzata al miglioramento dei servizi e, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento delle professioni, promuove e valorizza le professioni mediche e sanitarie e, tenuto conto della natura contrattuale dei rapporti di lavoro pubblici e privati, ne favorisce l'integrazione delle funzioni, delle competenze e l'attuazione del governo clinico. La

Regione, in stretta sinergia con le università e gli istituti di ricerca, promuove la formazione, l'aggiornamento professionale e la riqualificazione, al fine di favorire l'integrazione tra gli operatori, nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità, nonché di appropriatezza, efficacia ed efficienza del SSL, anche nella prospettiva di sviluppo di figure professionali sanitarie, sociosanitarie e sociali dedicate alla presa in carico della cronicità e delle fragilità.

2. In ottemperanza alle previsioni contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro, che prevedono integrazioni Bollettino Ufficiale Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 15 – regionali finalizzate all'efficacia ed all'efficienza, la Giunta regionale, sentito l'osservatorio di cui all'articolo 5, comma 14, promuove la sottoscrizione di specifici accordi con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative per tutti gli operatori afferenti al SSL, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 97 della Costituzione e nell'ottica della valorizzazione delle risorse umane, per la maggior trasformazione possibile di contratti da tempo determinato a indeterminato. Tali accordi, sottoscritti in relazione all'effettiva disponibilità delle risorse economiche, possono prevedere incentivi in considerazione delle responsabilità e di parametri oggettivamente determinati di qualità, efficacia ed efficienza, in riferimento ai diversi profili professionali presenti nel SSL, considerando in particolare le peculiarità di quelli sanitari e sociosanitari rispetto a quelli amministrativi.

3. La Regione, nell'ambito delle proprie competenze e funzioni, valorizza le professioni sanitarie nella rete del SSL, senza incremento di spesa sul bilancio regionale, in funzione dell'evoluzione normativa e delle prassi nazionali ed europee, con particolare riferimento:

a) all'attuazione dalla legge 1° febbraio 2006, n. 43 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali);

b) alle attività delle medicine non convenzionali di cui all'accordo 7 febbraio 2013 della Conferenza Stato-Regioni, in esecuzione e nei limiti della normativa europea e nazionale con riferimento ai professionisti che svolgono le prestazioni delle medicine complementari di agopuntura, fitoterapia, omeopatia ed omotossicologia, in possesso di diplomi,

attestati o titoli ad essi equipollenti rilasciati dalle università ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127;

c) alle professioni del settore odontoiatrico: odontotecnico ed assistente di studio odontoiatrico;

d) all'attività dell'osteopata, favorendo in particolare, limitatamente alla competenza regionale in materia, l'innalzamento della qualità della formazione;

e) alle discipline di medicina tradizionale per le quali il laureato in medicina e chirurgia, abilitato alla professione, ha seguito un corso di formazione di durata almeno quadriennale, accreditato dal Ministero della Salute;

f) all'aggiornamento della disciplina regionale relativa ai profili professionali in base alle direttive europee applicabili e alla normativa nazionale.

4. Gli specialisti ambulatoriali convenzionati sono parte attiva delle aziende del SSL e partecipano all'erogazione delle prestazioni specialistiche territoriali ed ospedaliere secondo gli indirizzi regionali. Ai fini di una loro omogenea organizzazione sul territorio regionale, entro novanta giorni dall'approvazione della legge regionale recante «Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)» è istituito l'elenco regionale per la specialistica ambulatoriale convenzionata (ERSAC), anche tramite forme di collaborazione professionale integrativa su base volontaria, con modalità definite con le organizzazioni sindacali di categoria.

5. A difesa dei valori della famiglia, del diritto alla cura dei figli e della qualità dei servizi erogati, la Regione promuove politiche di conciliazione vita/lavoro nei confronti dei genitori impiegati nel SSL, garantendo nel contempo la continuità dei servizi con figure professionali equipollenti, in coerenza con la disciplina normativa e contrattuale nazionale e comunitaria.

6. La Giunta regionale, con proprio provvedimento, regola il lavoro part time nelle diverse opzioni di applicazione, in coerenza con la disciplina normativa e contrattuale nazionale e comunitaria. 7. Con specifico provvedimento, la Giunta regionale, in conformità e nei limiti previsti dalla normativa nazionale, regola anche l'attività libero

professionale intramoenia di tutte le professioni sanitarie e sociosanitarie, secondo i seguenti principi:

a) per attività libero professionale si intende l'attività richiesta in maniera fiduciaria dal paziente direttamente al medico o ad altro professionista sociosanitario scelto;

b) l'esercizio delle attività libero professionale avviene al di fuori dell'orario di servizio, mantenendo la copertura assicurativa aziendale, come previsto dall'articolo 21 del CCNL 2002/2005, e può essere svolta nelle seguenti forme: 1. libera professione individuale o in equipe, caratterizzata dalla scelta diretta da parte dell'utente del singolo professionista o dell'equipe cui viene richiesta la prestazione, ai sensi dell'articolo 54, comma 4, CCNL 1998/2001 dell'8 giugno 2000. e svolta all'interno delle strutture aziendali;

2. l'attività libero professionale per le professioni sanitarie di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica) può essere organizzata anche in forma associata o per tramite di convenzioni sottoscritte tra la struttura ed altri soggetti terzi; c) la libera professione dei dirigenti medici e veterinari e degli altri professionisti sanitari a rapporto esclusivo, per la quale deve essere garantito il personale di supporto adeguato alle esigenze, è svolta intramoenia all'interno delle strutture in spazi adeguati e fruibili che soddisfino i requisiti generali di accreditamento dell'attività ambulatoriale, con congrua disponibilità di accesso e oraria e nella modalità di intramoenia allargata in ambulatori esterni, garantendo comunque la tracciabilità delle prestazioni e dei pagamenti.

8. La Regione favorisce l'espletamento di procedure concorsuali comuni a più aziende sanitarie, per la selezione di medesime posizioni di lavoro, sulla base di regolamenti interaziendali conformi ad uno schema tipo definito dalla Giunta regionale, liberamente adottabili dalle aziende del SSL.»; z) l'articolo 19 è sostituito dal seguente:

#### **Art. 19 (Sperimentazioni gestionali)**

1. La Regione, anche in attuazione dell'articolo 9 bis del d.lgs. 502/1992, promuove programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra

soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, al fine di migliorare l'efficienza e la qualità del SSL.

2. La Giunta regionale adotta linee di indirizzo per le sperimentazioni gestionali sulla base dei seguenti criteri: a) la natura della sperimentazione deve essere ricondotta ad una delle seguenti forme giuridiche: fondazioni, associazioni in partecipazione, società miste, soggetti di diritto privato selezionati con procedura di evidenza pubblica; b) alla sperimentazione gestionale si applicano le regole dell'autorizzazione, dell'accreditamento e della contrattualizzazione di cui al d.lgs. 502/1992;

3. Le sperimentazioni gestionali possono riguardare tutte le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, attraverso la riqualificazione dei servizi, l'ammodernamento delle strutture e l'utilizzo di nuovi modelli organizzativi.

4. Le sperimentazioni gestionali sono autorizzate dalla Giunta regionale, hanno di norma durata massima quinquennale e possono essere prorogate una sola volta per uguale periodo. Al termine della sperimentazione, sulla base degli esiti positivi della stessa, la Giunta regionale può autorizzare la stabilizzazione del modello gestionale, procedendo alla definitiva autorizzazione, all'accreditamento e alla contrattualizzazione del soggetto gestore o, in caso contrario, ne dichiara la cessazione.

5. La Giunta regionale, durante il periodo di durata della sperimentazione, può autorizzare rimodulazioni del progetto iniziale sulla base degli esiti rilevati dal monitoraggio periodico sull'andamento della sperimentazione, al fine di garantirne la sostenibilità e l'appropriatezza prestazionale ed economica.»; aa) l'articolo 20 è sostituito dal seguente:

#### **Art. 20 (Conferenza dei sindaci)**

1. La conferenza dei sindaci è composta dai sindaci, o loro delegati, dei comuni compresi nel territorio delle ATS e si articola, come previsto dall'articolo 7 bis, in: Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 16 – Bollettino Ufficiale a) l'assemblea dei sindaci del distretto; b) l'assemblea dei sindaci dell'ambito distrettuale.

2. Le conferenze dei sindaci, in particolare ai fini della presente legge:



a) formulano, nell'ambito della programmazione territoriale dell'ATS di competenza, proposte per l'organizzazione territoriale dell'attività sociosanitaria e socioassistenziale, con l'espressione di un parere sulle linee guida per l'integrazione sociosanitaria e sociale. Partecipano inoltre alla definizione dei piani sociosanitari territoriali all'interno delle cabine di regia di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f);

b) partecipano alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza delle ATS con particolare riferimento a quelli relativi alle ASST;

c) promuovono l'integrazione delle prestazioni e/o delle funzioni sociali, con le funzioni e/o le prestazioni dell'offerta sanitaria e sociosanitaria anche favorendo, a tal fine, la costituzione tra i comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica;

d) esprimono il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie.

3. Per l'esercizio delle sue funzioni la conferenza dei sindaci si avvale del consiglio di rappresentanza dei sindaci eletto dalla conferenza stessa.

4. Il funzionamento della conferenza, delle assemblee dei sindaci e del consiglio di rappresentanza dei sindaci è disciplinato con deliberazione della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente e sentiti i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

5. L'assemblea dei sindaci del distretto, anche con l'ausilio delle sue articolazioni per ambiti distrettuali svolge altresì le funzioni del comitato dei sindaci del distretto di cui all'articolo 3 quater del d.lgs. 502/1992 ed è disciplinata con la deliberazione di cui al comma 4.»; bb) l'articolo 21 è sostituito dal seguente:

**Art. 21 (Sistema informativo sanitario, tessera sanitaria e carta nazionale dei servizi)**

1. La Giunta regionale organizza il sistema informativo sanitario anche al fine di dare attuazione all'articolo 10 del d.lgs. 502/1992 e, in particolare, di fornire gli elementi conoscitivi necessari per rendere sistematiche la verifica e la revisione della qualità e della quantità delle prestazioni erogate e per valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi sanitari. Il sistema informativo sanitario, composto in maniera integrata da tutti i singoli flussi informativi necessari alla

programmazione e alla valutazione delle attività sanitarie, nonché da tutte le attività riconducibili al contesto della sanità digitale, è articolato a livello regionale e locale e assicura i flussi informativi verso i Ministeri competenti, l'ISTAT e gli altri istituti centrali.

2. Il sistema informativo sanitario è organizzato dalla Giunta regionale secondo i seguenti criteri:

- a) coordinare le attività delle unità periferiche;
- b) raccogliere le informazioni derivanti da tali unità, elaborarne la sintesi in forma omogenea e curarne la trasmissione ai soggetti, regionali e locali, competenti;
- c) mettere a disposizione dei soggetti titolati, a livello regionale e locale, le informazioni raccolte e necessarie per adempiere ai compiti istituzionali di ciascun soggetto;
- d) rendere tempestiva la diffusione di informazioni di carattere scientifico e sanitario provenienti da fonti nazionali, comunitarie ed internazionali.

3. La sanità digitale si realizza a livello regionale e locale attraverso una serie di interventi condivisi tra tutte le amministrazioni operanti a livello centrale, regionale e locale. In particolare, attraverso la piattaforma del sistema informativo regionale la Regione provvede a:

- a) realizzare e diffondere sul territorio del fascicolo sanitario elettronico, così come previsto dal decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 (Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese) convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 e alla graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti in formato elettronico generate secondo le modalità del decreto del Ministro dell'economia e della finanze 2 novembre 2011 (De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010 "Progetto Tessera Sanitaria"), nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini;
- b) promuovere, anche in ottemperanza all'articolo 6, comma 2, lettera d), del decreto-legge 13 maggio 2011, n. 70 (Semestre Europeo - Prime disposizioni urgenti per l'economia) convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 2011, n. 106, presso tutte le agenzie ed aziende del SSL e anche con il coinvolgimento, preferibilmente isorisorse, delle autonomie locali, delle farmacie e di eventuali ulteriori soggetti

autorizzati dalla ATS territorialmente competente, la realizzazione di procedure telematiche on line per consentire la prenotazione e il pagamento on line delle prestazioni erogate, nonché la consegna in modalità digitale dei referti medici;

c) consentire, inoltre, in coerenza con le linee guida nazionali del sistema CUP, la realizzazione della rete regionale di prenotazione in cui potranno confluire i sistemi CUP delle diverse aziende sanitarie al fine di superare modalità isolate e canali non integrati; d) indirizzare le agenzie e le aziende del SSL a pubblicare sul web le liste d'attesa per singola specialità e profilo assistenziale, al fine di semplificare i percorsi di fruizione per i cittadini;

e) individuare idonei indicatori di risultato e pubblicare sul web i risultati sugli esiti clinici delle aziende del SSL, al fine di favorire la libera scelta consapevole da parte dei cittadini.

4. La tessera sanitaria (TS/CNS), istituita ai sensi dell'articolo 50, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 (Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici) convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, è uno strumento indispensabile per il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e, in quanto carta nazionale dei servizi (CNS), ai sensi del Codice dell'amministrazione digitale, rappresenta la modalità che consente l'accesso per via telematica ai servizi erogati dalla pubblica amministrazione e sostituisce, dal 1 ottobre 2013, la carta regionale dei servizi (CRS).

5. Al fine di migliorare i servizi ai cittadini e di rafforzare gli interventi in tema di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prestazioni, i soggetti erogatori di prestazioni a carico del servizio sanitario regionale, compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i farmacisti, sono tenuti a dare attuazione alle disposizioni nazionali e regionali in materia, anche utilizzando la piattaforma tecnologica del sistema informativo sanitario e i servizi messi a disposizione per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari. Il mancato utilizzo del sistema informativo da parte dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei farmacisti, nonché degli enti erogatori accreditati con il SSR integra la grave

infrazione prevista e sanzionata dai vigenti accordi nazionali di categoria e costituisce inadempimento degli obblighi contrattuali.

6. La Giunta regionale adotta le necessarie indicazioni operative e definisce le misure conseguenti, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento regionale 24 dicembre 2013, n. 3 (Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della Giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombardia).

7. La Giunta regionale è autorizzata ad attivare iniziative occorrenti per ottimizzare la programmazione e la gestione finanziaria del servizio sanitario regionale, nonché per garantire il rispetto dei tempi di pagamento e il contenimento degli oneri finanziari.»; cc) l'articolo 22 è sostituito dal seguente:

#### **Art. 22 (Sistema informativo contabile)**

1. La Giunta regionale emana direttive per uniformare i sistemi di rilevazione delle informazioni necessarie per il governo del sistema. Definisce gli schemi di classificazione Bollettino Ufficiale Supplemento n. 33 - venerdì 14 agosto 2015 – 17 – dei dati economico finanziari secondo le normative comunitarie e nazionali in materia, integrate anche per esigenze di carattere informativo regionale. Le ATS, le ASST, le AO e le fondazioni IRCCS si dotano di sistemi informativi tali da consentire la pianificazione delle attività, il controllo di gestione e la verifica delle proprie attività sotto il profilo della efficacia e della efficienza. Provvedono inoltre a soddisfare il debito informativo verso la Regione e ogni altra istituzione che ne abbia titolo. Il mancato assolvimento del debito informativo può comportare la cessazione dei trasferimenti regionali, anche a titolo di acconto, agli enti del sistema.

2. Al fine di dotare la Regione di strumenti adeguati alla realizzazione di un efficace monitoraggio della spesa sanitaria regionale, dando separata evidenza alla spesa del personale, in relazione alla responsabilità assunta con l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e agli adempimenti previsti dall'articolo 2, comma 4, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria) convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n.405, la Giunta regionale definisce il debito informativo relativo al personale delle

aziende sanitarie e delle strutture private accreditate. Il flusso informativo sul personale è strutturato in modo da acquisire informazioni dettagliate per singolo dipendente, tramite integrazione tra i sistemi informativi delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate che gestiscono i trattamenti giuridici ed economici del personale, osservando modalità di acquisizione e trattamento dei dati che tutelino la riservatezza, ai sensi del d.lgs. 196/2003.

3. Il sistema contabile del comparto sociosanitario è predisposto sulla base delle disposizioni del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), in particolare le norme del Titolo II modificato e integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126, e sulla base del Codice civile, fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso d.lgs. 118/2011. Il sistema contabile deve garantire tutte le informazioni ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio, in sinergia con gli atti di programmazione regionale e aziendale.

4. Costituiscono documenti contabili obbligatori per gli enti pubblici di cui alla presente legge il bilancio preventivo economico annuale e relativi allegati, il bilancio di esercizio e relativi allegati, ivi compreso il rendiconto finanziario. I modelli di bilancio sono predisposti sulla base di schemi previsti dall'articolo 26 e dall'allegato 2 del d.lgs. 118/2011, nonché dal decreto del Ministro della salute 20 marzo 2013 (Modifica degli schemi dello Stato Patrimoniale, del Conto Economico e della nota Integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale). Al bilancio di esercizio è allegata una nota per l'evidenziazione delle spese del personale. 5. Il bilancio degli enti di cui al comma 4 è composto dalle seguenti contabilità sezionali:

- a) attività sociali e sociosanitarie;
- b) attività libero-professionali intramurarie;
- c) attività di ricerca per le sole Fondazioni IRCCS;
- d) attività di emergenza urgenza.

6. Costituiscono inoltre parte del processo di bilancio le seguenti scritture obbligatorie:

- a) libro delle deliberazioni del direttore generale;
  - b) libro delle adunanze del collegio sindacale;
  - c) libro giornale;
  - d) libro degli inventari;
  - e) libro dei cespiti ammortizzabili;
  - f) repertorio dei contratti.
7. L'esercizio contabile coincide con l'anno solare.
8. Il direttore generale adotta i bilanci secondo gli schemi e i tempi definiti dal d.lgs. 118/2011, nonché dal decreto del Ministro della salute del 20 marzo 2013. Il bilancio d'esercizio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell'ente, nonché il risultato economico dell'esercizio. L'eventuale risultato positivo è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti.
9. I bilanci degli enti pubblici di cui alla presente legge, adottati dal direttore generale secondo le scadenze di legge, sono trasmessi ai competenti uffici della Giunta regionale corredati dalla relazione del collegio sindacale per l'approvazione da parte della stessa Giunta regionale.
10. Il bilancio preventivo economico annuale è approvato dalla Giunta regionale entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione da parte della Giunta regionale i bilanci sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione. Entro la stessa data la Giunta regionale approva il bilancio preventivo economico annuale consolidato.
11. Il bilancio d'esercizio è adottato dal direttore generale degli enti pubblici di cui alla presente legge entro il 30 aprile dell'esercizio successivo a quello di competenza ed è approvato dalla Giunta regionale entro il 31 maggio. Il bilancio consolidato è approvato nel termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione da parte della Giunta regionale, i bilanci sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione.
12. I direttori generali degli enti pubblici di cui alla presente legge assicurano il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario della gestione e il rispetto degli obiettivi economico-finanziari assegnati in

sede di bilancio preventivo economico, coerenti e conseguenti con le linee di indirizzo approvate dalla Giunta regionale per l'anno di riferimento.

13. Ai fini di cui al comma 12, i direttori generali sono tenuti a presentare alla competente direzione regionale, ogni tre mesi, una certificazione, corredata del parere del collegio sindacale, in ordine alla coerenza della complessiva attività gestionale con gli impegni di equilibrio assunti nel bilancio preventivo economico e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari. In caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio complessivo e di mancato rispetto, i direttori generali sono tenuti contestualmente a presentare un piano, corredato del parere del collegio sindacale, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati è assicurata, pena la decadenza automatica dall'incarico del direttore generale, entro il 30 settembre, qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata alla fine del primo o del secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre.

14. Qualora per esigenze straordinarie sia necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste e incompatibili con gli impegni di equilibrio, i direttori generali devono ottenere preventiva autorizzazione, secondo i limiti e le modalità definiti dalla Giunta regionale, fatti salvi i provvedimenti contingibili e urgenti e i casi in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio per i quali gli enti danno comunicazione alla Giunta regionale entro quindici giorni.

15. La decadenza automatica, ai sensi delle vigenti disposizioni, opera nei seguenti casi:

- a) mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale nei termini definiti dalle direzioni generali competenti; b) mancata presentazione del piano di rientro nei termini definiti dalle direzioni generali competenti;
- c) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre;
- d) mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai LEA.

16. In attuazione dell'articolo 1, comma 173, lettera f), della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "Legge finanziaria 2005"), le disposizioni di cui ai commi 12, 13, 14 e 15 si applicano anche agli IRCCS non trasformati in fondazioni ai sensi del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3).

17. La Giunta regionale definisce gli indicatori in base ai quali dichiarare lo stato di dissesto degli enti pubblici di cui alla presente legge. In caso di dissesto dichiarato con provvedimento della Giunta regionale, il direttore generale Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – Bollettino Ufficiale decade dall'incarico e il suo rapporto contrattuale è risolto di diritto; al suo posto la Giunta regionale nomina, secondo le modalità di cui all'articolo 1 del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512 (Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle unità sanitarie locali), convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, un altro direttore generale con il compito di adottare, entro novanta giorni dalla nomina, un piano di rientro, di durata massima triennale, comprensivo del piano finanziario e del piano di riorganizzazione e ristrutturazione dei servizi, da proporre alla Giunta regionale per l'approvazione. La gestione del piano è affidata allo stesso direttore generale.

18. Il responsabile della gestione sanitaria accentrata adotta e sottopone all'approvazione della Giunta regionale sia il bilancio preventivo economico annuale della gestione sanitaria accentrata sia il bilancio consolidato entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Il responsabile della gestione sanitaria accentrata adotta e sottopone all'approvazione della Giunta regionale sia il bilancio d'esercizio della gestione sanitaria accentrata sia il bilancio consolidato rispettivamente entro il 30 aprile ed entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazioni dei bilanci consolidati questi sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione. L'eventuale risultato positivo di esercizio derivante dai risparmi conseguenti alle misure adottate dalla Giunta regionale rimane nella disponibilità della



regione per finalità sanitarie e viene accantonato in una apposita riserva del patrimonio netto destinata prioritariamente al ripiano delle perdite di esercizi pregressi, a investimenti strutturali e a progettualità specifiche approvate dalla Giunta regionale.»; dd) l'articolo 23 è abrogato; e l'articolo 24 è sostituito dal seguente:

**Art. 24 (Valorizzazione del ruolo del volontariato)**

1. La Regione riconosce e promuove il ruolo del volontariato nella sua essenziale funzione complementare e ausiliaria al SSL, finalizzata al raggiungimento e al consolidamento della buona qualità, dell'efficienza dell'attività e della professionalità degli operatori, nonché dell'appropriatezza e dell'umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, in un'ottica sussidiaria favorendo momenti di aggregazione ed ascolto delle associazioni di volontariato, anche nell'ambito dei tavoli di confronto di cui all'articolo 5, comma 14. 2. La Regione promuove e favorisce attività di raccolta diffusa ed eventi di beneficenza finalizzati ad investimenti in tecnologia o attività di studio e ricerca, se proposte da soggetti iscritti agli albi regionali del terzo settore, garantendo la piena trasparenza e tracciabilità dei flussi finanziari generati da tali attività a garanzia dei donatori, dei benefattori e dei destinatari degli interventi.»; ff) l'articolo 25 è sostituito dal seguente:

**Art. 25 (Promozione e coordinamento  
dell'utilizzo del patrimonio mobiliare**

**dismesso delle strutture sanitarie e sociosanitarie)**

1. La Regione promuove e coordina, per fini umanitari in Italia ed all'estero o per altri scopi comunque non lucrativi, l'utilizzo e la cessione del patrimonio mobiliare dismesso dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private operanti sul territorio regionale.

2. Ai fini del comma 1, la Giunta regionale fornisce le necessarie indicazioni operative, nel rispetto dei seguenti criteri:

- a) l'adesione all'attività di promozione e coordinamento, per i beni degli enti privati, avviene su base volontaria;
- b) il bene messo a disposizione deve essere funzionante e libero da vincoli, secondo quanto previsto dalle procedure di contabilità generale;
- c) la cessione del bene, ai fini previsti dal presente articolo, deve avvenire a titolo gratuito;

d) possono presentare richiesta per l'utilizzo o la cessione dei beni dismessi: enti pubblici, organizzazioni ed enti non governativi riconosciuti a livello nazionale, enti ecclesiastici riconosciuti, organizzazioni del terzo settore iscritte nei registri regionali, rappresentanze diplomatiche in Italia ed all'estero, la Croce rossa italiana, fatta salva l'eventualità che il destinatario ultimo del bene non coincida con il richiedente.

3. Con la deliberazione della Giunta regionale di cui al comma 1, sentito il parere della commissione consiliare competente, sono altresì definite le modalità di vigilanza e controllo sull'effettivo utilizzo del bene per le finalità previste dal presente articolo.»; gg) l'articolo 26 è sostituito dal seguente:

#### **Art. 26 (Unità di offerta sociosanitarie)**

1. Le unità di offerta sociosanitarie erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

2. La Regione riconosce e valorizza il ruolo svolto delle unità d'offerta sociosanitarie quali componenti essenziali della rete regionale dei servizi per le persone fragili e per le loro famiglie promuovendone lo sviluppo e l'innovazione continua in relazione ai bisogni complessi emergenti.

3. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociosanitarie, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 5, comma 14. 4. La Giunta regionale definisce, con successivi provvedimenti, i criteri e le modalità di riordino e riqualificazione della rete sociosanitaria regionale nella prospettiva di una piena integrazione, tra dimensione sociosanitaria e sociale, nella risposta ai bisogni complessi con specifico riguardo all'area dei consultori, della riabilitazione, della disabilità, delle dipendenze e della fragilità e non autosufficienza.

5. Nell'attività di cui al comma 4 la Giunta regionale promuove:

a) modalità di presa in carico della persona fragile attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, sociosanitaria e sociale, in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;

- b) l'implementazione di modalità di valutazione dei bisogni attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica, assistenziale e sociale, utilizzando le scale in essere presso le Regioni tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale della complessità del bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci;
  - c) l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona fragile e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliare;
  - d) strumenti di supporto alla persona fragile e alla sua famiglia, eventualmente anche con trasferimenti monetari, nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato;
  - e) strumenti di supporto alla persona fragile e alla sua famiglia anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare.»; hh)
- l'articolo 27 è sostituito dal seguente:

**Art. 27 (Finanziamento del servizio sanitario  
e sociosanitario regionale)**

1. Il finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale è assicurato mediante:
- a) finanziamento ordinario corrente: definito nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard, ivi compresa la mobilità attiva extraregionale e internazionale ed è destinato: Bollettino Ufficiale Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 19 – 1. al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza definiti dalla programmazione nazionale e regionale; 2. al finanziamento di atti e provvedimenti regionali a carico della gestione sanitaria accentrata;
  - b) finanziamento sanitario aggiuntivo corrente: definito da atti di finanziamento regionale aggiuntivo, ivi compresi quelli destinati all'erogazione di livelli di assistenza superiori rispetto ai LEA, da pay

back e da iscrizione volontaria al servizio sanitario nazionale; c) finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso: definito da eventuali provvedimenti regionali di ripiano del disavanzo sanitario pregresso, anche mediante l'incremento di aliquote fiscali e l'introduzione degli automatismi fiscali intervenuti ai sensi della vigente legislazione (articolo 1, comma 174, legge 311/2004);

d) finanziamento per investimenti in ambito sanitario: definito da atti nazionali e regionali destinati al finanziamento per investimenti strutturali del servizio sanitario regionale, ivi compreso il programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, autorizzato dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "Legge finanziaria 1988"); costituiscono inoltre fonte di finanziamento i redditi da patrimonio ed i proventi derivati dalle alienazioni di immobilizzazioni finalizzati ad investimenti quali la realizzazione, l'acquisizione e l'ammodernamento di strutture, infrastrutture e attrezzature sanitarie e non;

e) finanziamento da entrate proprie aziendali: integra i precedenti livelli di finanziamento ed è costituito da: 1. le quote di compartecipazione di competenza regionale del cittadino al costo delle prestazioni sanitarie e, dove previsto, sociosanitarie, comprese le eventuali esenzioni e graduazioni in funzione proporzionale al reddito del fruitore delle prestazioni e fino alla data della sua eliminazione con apposito provvedimento che individui la copertura di spesa susseguente ad una maggiore e sufficiente disponibilità regionale del gettito fiscale lombardo; 2. le entrate spettanti per le attività libero-professionali intramurarie; 3. le entrate derivanti dalle attività di vigilanza e controllo nel rispetto dei limiti di destinazione previsti dalla normativa di settore; 4. le entrate a beneficio della Regione o degli enti di diritto pubblico del sistema sanitario derivanti da condanne o accordi relativi ai risarcimenti o indennizzi conseguenti a condotte poste in essere in pregiudizio agli interessi patrimoniali e non patrimoniali del servizio sanitario e sociosanitario regionale, ivi compresi i risarcimenti derivanti da rivalse nei confronti di soggetti condannati per danni alla salute; 5. una quota dei proventi derivati delle sperimentazioni finanziate da aziende di farmaci o dispositivi, da lasciare a bilancio delle ASST per gli studi e

ricerche senza scopo di lucro; 6. i rimborsi effettuati dalle prefetture per le prestazioni erogate a stranieri irregolari (STP); 7. altri proventi e rimborsi tipici, ordinari e/o straordinari, delle ATS e delle ASST, AO, IRCCS, compresi i redditi da patrimonio e i proventi derivati dalle alienazioni di immobilizzazioni, destinate al finanziamento della spesa corrente.

2. La Regione, attraverso l'ausilio delle professionalità dell'Osservatorio integrato del SSL di cui all'articolo 5, comma 14, promuove una revisione periodica delle tariffe dei DRG finalizzata all'adeguamento degli stessi alle più moderne valutazioni cliniche e tecnologiche. Nella stesura dei PSL di cui all'articolo 4, la Giunta regionale introduce tariffe differenziate dei DRG, attraverso la regolamentazione di un meccanismo premiante e penalizzante sui rimborsi, in base ad indicatori che misurino la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni, oltreché il governo dei tempi d'attesa e gli esiti di salute. Tale meccanismo può essere applicato anche in funzione della complessità delle strutture erogatrici, pubbliche e private, identificate in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri vigente.

3. Annualmente la Giunta regionale, nell'ambito delle risorse di parte corrente di cui al comma 1, costituisce un fondo per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili e ne determina le modalità di riparto. La Regione persegue, laddove possibile, la trasformazione delle funzioni non tariffabili in prestazioni o servizi tariffabili, con conseguente riduzione del fondo.

4. Le fonti di finanziamento corrente di cui ai commi 1 e 2 sono destinate annualmente, da parte della Giunta regionale:

a) alle ATS, attraverso la definizione della quota capitaria per il finanziamento dei propri costi di funzionamento, dei costi relativi ai servizi erogati direttamente nonché per la remunerazione delle prestazioni erogate da tutti i soggetti accreditati ed a contratto pubblici e privati per i propri assistiti, ivi inclusa la mobilità extraregionale e intra-regionale; alle stesse ATS sono, inoltre, assegnate le risorse aggiuntive per la contrattazione territoriale specifica previste dall'articolo 5, comma 7, lettera l), e quelle per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili fino al loro superamento previsto dal comma 3, oltre ad eventuali contributi, rivedibili ogni tre anni, per specifiche progettualità

a favore di soggetti erogatori accreditati per attività di ricovero e cura che operano senza fini di lucro e non sono controllati da società con fini di lucro né le controllano, degli ospedali classificati ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 (Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera) di proprietà e gestiti da istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti, esistenti alla data del 30 giugno 2008, per la realizzazione di programmi finalizzati ad incrementare l'integrazione con la rete locale dei servizi sanitari e sociosanitari per la presa in carico della cronicità e delle fragilità;

b) alle ASST, AO e alle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, le risorse per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili, eventuali contributi per progetti e finalità specifiche con vincolo di destinazione anche a titolo di riequilibrio e eventuali interventi destinati ad investimenti;

c) all'AREU, le risorse destinate al finanziamento dei propri costi di funzionamento e per l'espletamento delle attività previste dall'articolo 16. 5. Le risorse definite al comma 1, lettera e), integrano le fonti di finanziamento corrente assegnate dalla Giunta regionale, di cui al comma 3. Per le ASST, AO e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico costituiscono altresì fonte di finanziamento i ricavi per le prestazioni sanitarie erogate e le eventuali assegnazioni effettuate dall'AREU nell'ambito delle attività ad essa delegate.

6. La modalità di trasferimento delle risorse finanziarie dalla Regione alle aziende sanitarie pubbliche è demandata alla Giunta regionale e avviene:

a) per le ATS sulla base del reale fabbisogno del proprio territorio per i soggetti erogatori accreditati di tutti i servizi sanitari e sociosanitari pubblici e privati, ivi compreso il saldo di mobilità intra ed extra regionale;

b) per le ASST, AO e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico e per l'AREU, nei limiti delle assegnazioni effettuate.

7. Con provvedimento della Giunta regionale, da emanarsi entro la fine di ogni anno, sono fissati i limiti finanziari attinenti alla spesa per prestazioni sanitarie e sociosanitarie/ospedaliera specialistica e diagnostica per tutte le strutture, pubbliche e private, in ottemperanza alla normativa nazionale e in attuazione dei contenuti della presente

legge, con particolare riferimento ai principi di cui all'articolo 5, comma 7, all'articolo 11 e all'articolo 15.

8. La Regione favorisce, senza oneri per il bilancio pubblico, l'esercizio di forme integrative di assistenza sanitaria anche per il tramite di forme assicurative e mutualistiche per le finalità di cui all'articolo 9 del d.lgs. 502/1992.

9. Gli atti di trasferimento ai terzi di diritti reali su beni immobili costituenti patrimonio delle strutture sanitarie pubbliche e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico sono assoggettati alla preventiva autorizzazione della direzione regionale competente per materia secondo modalità e procedure definite con deliberazione della Giunta regionale. Le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico adeguano i propri statuti a tale previsione entro novanta giorni dalla pubblicazione nel BURL della citata deliberazione. Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 20 – Bollettino Ufficiale 10. In applicazione delle disposizioni di cui al decreto del Ministro della sanità 10 febbraio 1995, che modifica il d.p.r. 616/80, la Giunta regionale emana direttive per l'organizzazione e il finanziamento dello speciale distretto di Campione d'Italia.»; ii) nel Titolo I, così come modificato dalle lettere a) e b), dopo l'articolo 27 sono aggiunti i seguenti:

**Art. 27 bis (Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura - poli universitari)**

1. Fatta eccezione per le prestazioni rese in regime di mobilità sanitaria attiva, è autorizzata la maggiorazione sulle tariffe per le prestazioni di ricovero e cura erogate dagli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato accreditati e a contratto e dalle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto, convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia.

2. Per le strutture sanitarie e sociosanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, la Giunta regionale determina annualmente la maggiorazione di cui al comma 1, fino ad un massimo del 25 per cento, in base ai seguenti criteri:

a) numero dei posti letto attivi destinati alle attività didattiche;  
b) numero degli studenti frequentanti il polo didattico;  
c) numero del personale formalmente dedicato alla formazione e al tutoraggio.

3. Per gli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato accreditati e a contratto la Giunta regionale determina annualmente la maggiorazione di cui al comma 1, fino ad un massimo del 19 per cento, in base ai seguenti criteri: a) numero del personale addetto alle attività di ricerca per posto letto; b) numero di progetti di ricerca in corso di svolgimento presso la struttura; c) impact factor standardizzato della struttura.

4. La maggiorazione tariffaria è riconosciuta ai soggetti di cui al comma 1, su richiesta degli stessi, corredata da dichiarazione di formale impegno a:

a) rispettare gli standard definiti dalla Giunta regionale in ordine all'instaurazione, in via prioritaria e prevalente, di rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con i medici e con il personale infermieristico;

b) presentare il consolidamento dei bilanci con evidenziazione dei conti economici relativi all'attività sanitaria;

c) perseguire la razionalizzazione dei costi dell'organizzazione delle attività e conseguentemente delle prestazioni erogate nei piani strategici triennali per gli IRCCS di diritto pubblico e per le strutture di ricovero e cura pubbliche convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, o in appositi documenti programmatici a valenza triennale per gli IRCCS di diritto privato accreditati e a contratto e per le strutture di ricovero e cura private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia.

5. La Giunta regionale determina i parametri economici per la verifica del consolidamento dei bilanci, tenendo conto della distinzione fra attività di ricerca e attività sanitaria esercitata nella Regione, nonché le modalità di assolvimento dell'impegno di cui al comma 4. Il mancato assolvimento dell'impegno comporta la revoca delle maggiorazioni di cui ai commi 2 e 3.



6. Il riconoscimento della maggiorazione sulle tariffe preclude il riconoscimento degli eventuali contributi economici ricevuti, di cui all'articolo 27 quater, nonché delle funzioni di didattica universitaria, di ampiezza del case mix e di integrazione tariffaria per percentuale di pazienti extraregionali superiore alla media regionale.

7. La Giunta regionale, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema, determina il relativo finanziamento annuale in sede di definizione degli indirizzi di gestione del servizio sociosanitario regionale, in relazione agli stanziamenti annuali del relativo bilancio di previsione.

Art. 27 ter (Istituzione dell'Assessorato alla salute e politiche sociali "Welfare") 1. Al fine di dare piena attuazione alla presente legge, il Presidente della Regione, secondo quanto previsto dallo Statuto d'autonomia, istituisce l'Assessorato alla salute e politiche sociali (Welfare), riassumendo le deleghe in essere rispettivamente all'Assessorato alla salute e all'Assessorato alla famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità, all'atto dell'approvazione legge regionale recante «Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)».

Art. 27 quater (Misure di razionalizzazione della spesa sanitaria) 1. Gli enti di cui alla presente legge ottemperano alle disposizioni di principio di cui agli articoli 6 e 9 della legge 30 luglio 2010, n. 122 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica), ferma restando la facoltà di ricorrere ad assunzioni di personale a tempo determinato e ad altre tipologie di rapporti di lavoro flessibili strettamente necessarie al fine di garantire le attività di emergenza e urgenza e i livelli essenziali di assistenza. La Giunta regionale fornisce indicazioni in ordine al personale indispensabile ad assicurare le finalità di cui al primo periodo e procede annualmente alla verifica del rispetto, da parte delle aziende, delle condizioni e dei limiti di cui al presente comma. La Giunta regionale definisce inoltre le misure di compensazione necessarie a preservare l'equilibrio complessivo della parte sanitaria del bilancio regionale.

### **Art. 27 quinquies (Sanzioni)**

1. Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, l'inosservanza delle disposizioni relative ai requisiti richiesti per l'esercizio di attività sanitarie o sociosanitarie, incluse quelle che svolgono attività di soccorso e/o trasporto sanitario, o per l'accreditamento e l'inosservanza delle disposizioni relative alla rendicontazione delle prestazioni erogate e al rispetto dei criteri di appropriatezza specifica e generica di erogazione delle prestazioni comportano l'applicazione delle seguenti sanzioni: a) da € 15.000 a € 150.000 per l'esercizio di attività sanitarie o di soccorso e trasporto sanitario in mancanza di autorizzazione o senza aver presentato la SCIA; b) da € 5.000 a € 50.000 per l'esercizio di attività sociosanitarie in mancanza di autorizzazione o senza aver presentato la SCIA; c) da € 3.000 a € 30.000 per l'erogazione di specifiche prestazioni sanitarie o sociosanitarie per le quali non è stata ottenuta l'autorizzazione o non è stata presentata la SCIA; d) da € 6.000 a € 60.000 se si tratta di strutture sanitarie di ricovero e cura o di day hospital o di day surgery, per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento; e) da € 6.000 a € 60.000 se si tratta di strutture sanitarie di ricovero e cura o di day hospital o di day surgery, per codifiche che non rappresentino in modo corretto le prestazioni erogate; f) da € 3.000 a € 30.000 se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento; g) da € 2.000 a € 20.000 se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per codifiche che non rappresentino in modo corretto le prestazioni erogate; h) da € 1.000 a € 10.000 per l'esercizio di attività sociosanitarie in mancanza dei requisiti minimi; Bollettino Ufficiale Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 21 – i) da € 500 a € 5.000 per il mancato mantenimento di uno o più requisiti di accreditamento relativamente alle attività sociosanitarie; j) da € 500 a € 5.000 per il mancato invio alla Regione o alla competente ATS di comunicazioni o flussi informativi.
2. Con riferimento alle fattispecie di cui al comma 1, lettere d) e f), la soglia di errore sanzionabile scatta quando l'entità della decurtazione economica realizzata come esito dell'attività di controllo è maggiore o

uguale al 5 per cento del valore delle prestazioni sanitarie dell'intero campione controllato.

3. I requisiti per il cui assolvimento è prevista la predisposizione di documenti, disposizioni procedurali, regolamenti interni o linee guida si considerano assolti solo se la suddetta documentazione risulta conforme alla normativa vigente e la struttura vi ha dato regolare esecuzione.

4. L'applicazione delle sanzioni di cui al comma 1 spetta alle ATS, che introitano le somme riscosse a seguito dell'irrogazione.

5. L'accertamento dell'assenza o del mancato mantenimento dei requisiti autorizzativi o di accreditamento o l'inottemperanza al debito informativo di cui al comma 1, lettera j), comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, previa diffida ad ottemperare entro un congruo termine ai requisiti medesimi o al debito informativo, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accredimento per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione della medesima per analogo periodo. L'accertamento della mancata autorizzazione o della mancata presentazione della SCIA comporta, oltre all'applicazione della sanzione di cui al comma 1, lettera a), il divieto di prosecuzione dell'attività.

6. Con riferimento alle strutture che erogano prestazioni di diverse branche o il cui assetto è composto da più unità operative, la sospensione o il divieto di prosecuzione dell'attività può riguardare, in relazione al tipo di requisito mancante, generale o specifico, tutta la struttura, una o più branche specialistiche, una o più unità operative.

7. L'accertamento di una mancanza di requisiti autorizzativi o di accreditamento tale da comportare un grave rischio per la salute dei cittadini, diretto e immediato o indiretto e potenziale, comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, la diffida ad ottemperare ai requisiti medesimi con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accredimento per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione della medesima per analogo periodo.

8. Le violazioni delle disposizioni relative ai requisiti di autorizzazione o di accreditamento e di codifica delle prestazioni di cui al comma 1,

lettere c), e), g), e h), contestate alla medesima struttura per la terza volta nel corso dell'anno solare, comportano la diffida ad ottemperare con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento per un tempo congruo al ripristino dei requisiti non assolti o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di continuare ad esercitare l'attività. 9. La mancata ottemperanza ai requisiti autorizzativi o di accreditamento in seguito alla sospensione di cui ai commi 5, 6, 7 e 8 comporta la revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione dell'attività. 10. Per quanto non espressamente previsto, si osservano, in quanto applicabili, le disposizioni della legge 24 novembre, n. 689 (Modifiche al sistema penale), con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'articolo 11.

Art. 27 sexies (Clausola valutativa) 1. Il Consiglio regionale e la Giunta regionale, secondo le rispettive competenze, valutano i risultati e l'efficacia delle politiche sociosanitarie disciplinate dalla presente legge.

2. La Giunta regionale informa il Consiglio regionale dell'attuazione della presente legge e dei risultati ottenuti nel promuovere la salute e il benessere dei cittadini lombardi. A tal fine, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione biennale che documenta e descrive:

a) gli interventi realizzati in attuazione della presente legge, specificando le risorse impiegate, i soggetti coinvolti nell'attuazione e i beneficiari raggiunti;

b) le azioni di sistema, di regolazione, di programmazione e di controllo realizzate e i relativi esiti;

c) le eventuali criticità verificatesi e le soluzioni messe in atto per farvi fronte;

d) i risultati e gli effetti delle politiche promosse, secondo specifici temi e quesiti che il Comitato paritetico di controllo e valutazione del Consiglio regionale, di concerto con la competente commissione consiliare, segnala all'Assessore regionale alla salute e politiche sociali (Welfare).

3. Il Consiglio regionale può destinare apposite risorse allo svolgimento delle analisi necessarie a rispondere ai quesiti di cui ai commi 1 e 2. 4.

La Giunta regionale rende accessibili i dati e le informazioni elaborate per le attività valutative previste dalla presente legge.

## **Art. 2**

### **(Disposizioni finali e disciplina transitoria)**

1. Alla data di entrata in vigore della presente legge si considerano istituite le ATS e le ASST di cui agli articoli 6 e 7 della l.r. 33/2009 e al relativo Allegato 1, come sostituiti dall'articolo 1, comma 1, nonché l'Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo e l'Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo. 2. Al fine di procedere all'effettiva costituzione delle ATS e delle ASST, la Giunta regionale: a) nomina, per ciascuna delle costituende ATS e ASST, un collegio composto dai direttori o commissari delle aziende interessate, a cui affidare il compito di effettuare, entro il termine di due mesi dalla nomina, la ricognizione del personale e di tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, di redigere gli inventari dei beni patrimoniali mobili e immobili, nonché di predisporre ogni altra documentazione utile alla costituzione delle ATS e ASST e di trasmettere gli esiti dell'attività svolta alla stessa Giunta regionale con apposita relazione; b) seleziona, secondo procedure ad evidenza pubblica, una società specializzata in processi di riorganizzazione aziendale che affianchi un gruppo di lavoro appositamente costituito presso la direzione regionale competente nella fase di avvio e di stabilizzazione dei nuovi assetti organizzativi, secondo criteri di efficienza e di razionale utilizzo delle risorse. Bollettino Ufficiale Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 23 – risorse disponibili, e nella predisposizione dei relativi atti da sottoporre alla stessa Giunta regionale.

3. Il gruppo di lavoro di cui al comma 2, lettera b), è costituito con decreto del direttore generale della direzione regionale competente ed è composto, oltre che da funzionari e dirigenti della Regione, da personale proveniente dagli enti di cui all'Allegato A1, Sezione II, della legge regionale 27 dicembre 2006, n. 30 (Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) – collegato 2007), anche in deroga alla percentuale di cui all'articolo 28, comma 2 bis, della legge regionale 7

luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale) e ricomprendendo i ruoli delle dirigenze medica, sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa del SSL.

4. La Giunta regionale, acquisita e valutata la documentazione di cui al comma 2, approva le deliberazioni costitutive delle ATS e delle ASST regolando contestualmente la fase di transizione, con particolare riguardo alla definizione dei nuovi assetti organizzativi e dei procedimenti in corso, alla nomina degli organi, al subentro nei rapporti giuridici, all'assegnazione anche in via provvisoria di funzioni, di beni e di risorse umane, ai debiti informativi e alle gestioni liquidatorie, in modo che sia garantita la continuità nello svolgimento delle funzioni e nell'erogazione delle prestazioni.

5. La Giunta regionale è altresì autorizzata ad adottare ogni ulteriore atto necessario a portare a compimento il processo di definizione dei nuovi assetti, anche con riferimento all'esigenza di uniformare i sistemi informativi.

6. L'attività dei collegi di cui al comma 2 si protrae fino alla data di nomina dei nuovi direttori generali o commissari straordinari, fatta salva la possibilità di ricostituirli in conseguenza delle nuove nomine.

7. La Giunta regionale approva le deliberazioni costitutive dell'agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo e dell'agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo, definendone gli assetti organizzativi e la relativa articolazione e procedendo alla contestuale nomina dei direttori generali.

8. Alla data indicata nelle deliberazioni di cui al comma 4:

a) sono soppresse le ASL e le AO, con conseguente scioglimento dei relativi organi e decadenza dei direttori amministrativi, sanitari e sociali in carica alla data di nomina dei nuovi direttori amministrativi, sanitari e sociosanitari individuati in base agli elenchi degli idonei per la nomina dei direttori amministrativi, sanitari e sociali;

b) le ATS subentrano nei rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo alle ASL;

c) le ASST subentrano nei rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo alle AO;

d) acquistano efficacia le disposizioni di cui all'articolo 1 della presente legge, fatto salvo quanto previsto dal comma 1 del presente articolo;

e) i riferimenti alle ASL contenuti nei Capi I e II del Titolo VI, nei Titoli VIII e IX e negli articoli 43, comma 2, 75, 79, 80, ad eccezione delle lettere o) e p) del comma 1, 82, 84, 85, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97 della l.r. 33/2009 s'intendono come riferimenti alle ATS; f) i riferimenti alle ASL contenuti negli articoli 69, comma 3, 70, comma 5, 71, comma 1, 72, commi 3 e 4, 80, comma 1, lettere o) e p), e 85, comma 1, della l.r. 33/2009 s'intendono come riferimenti alle ASST; g) i riferimenti alle strutture sociosanitarie contenuti negli articoli 2, 5 e 15 della l.r. 33/2009, come modificati dall'articolo 1, comma 1, si intendono anche come riferimenti alle unità d'offerta non articolate in strutture; h) alla l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche: 1. al comma 1 dell'articolo 44 le parole: «I presidi di riferimento» sono sostituite dalle seguenti: «Le strutture di riferimento»; 2. al comma 3 dell'articolo 45 le parole: «le ASL» sono sostituite dalle seguenti: «le ATS, le ASST,»; 3. al comma 3 dell'articolo 47 le parole: «I presidi ospedalieri» sono sostituite dalle seguenti: «Le strutture sanitarie»; 4. al comma 6 dell'articolo 47 le parole: «Il presidio ospedaliero» sono sostituite dalle seguenti: «La struttura sanitaria»; 5. al comma 7 dell'articolo 47 le parole: «del presidio ospedaliero» sono sostituite dalle seguenti: «della struttura sanitaria»; 6. al comma 1 dell'articolo 49 le parole: «A livello distrettuale o infradistrettuale,» sono soppresse; 7. al comma 2 dell'articolo 49 le parole: «Le ASL» sono sostituite dalle seguenti: «Le ATS e le ASST»; 8. al comma 1 dell'articolo 50 le parole: «delle sedi ospedaliere» sono sostituite dalle seguenti: «delle strutture sanitarie»; 9. alla lettera b) del comma 2 dell'articolo 57 le parole: «e le attività vaccinali» sono soppresse; 10. alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 57 le parole: «individuale e» sono soppresse; 11. l'articolo 83 è abrogato; i) alla Sezione II dell'Allegato A1 della l.r. n. 30/2006 sono apportate le seguenti modifiche: 1. la lettera b) è sostituita dalla seguente: «b) Agenzie di tutela della salute (ATS).»; 2. dopo la lettera c) sono inserite le seguenti: «c bis) Aziende sociosanitarie territoriali (ASST); c ter) Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo; c quater) Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo»; j) alla legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario) sono apportate le seguenti

modifiche: 1. il titolo è sostituito dal seguente: «Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale»; 2. all'articolo 1, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 3. all'alinea del comma 1 dell'articolo 2, le parole «e sociosanitarie» sono soppresse; 4. alla lettera a) del comma 2 dell'articolo 2, le parole: «e sociosanitari» sono soppresse; 5. alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 2, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 6. all'alinea del comma 1 dell'articolo 3, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 7. alla lettera a) del comma 1 dell'articolo 3, le parole: «le aziende sanitarie locali (ASL), le aziende di servizi alla persona (ASP)» sono soppresse; 8. alle lettere c) e d) del comma 1 dell'articolo 3, le parole: «e sociosanitario» sono soppresse; 9. l'articolo 5 è abrogato; 10. all'alinea del comma 1 dell'articolo 6, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 11. il comma 3 dell'articolo 6 è abrogato; 12. all'alinea del comma 4 dell'articolo 6, le parole: «, d'intesa con le ASL» sono soppresse; 13. alle lettere a) e b) del comma 4 dell'articolo 6, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 14. alla lettera d) del comma 4 dell'articolo 6, le parole: «e dell'ASL» sono soppresse; 15. all'alinea dei commi 1 e 2 dell'articolo 7, le parole «e sociosanitarie» sono soppresse; 16. alla rubrica dell'articolo 8, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 17. il comma 1 dell'articolo 8 è abrogato; 18. il comma 2 dell'articolo 8 è sostituito dal seguente: «2. L'accesso agevolato alle prestazioni sociali e il relativo livello di compartecipazione al costo delle medesime sono stabiliti dai Comuni nel rispetto della disciplina statale sull'indicatore della situazione economica equivalente e dei criteri ulteriori, che tengano conto del bisogno assistenziale, stabiliti con deliberazione della Giunta regionale.»; 19. i commi 3 e 4 dell'articolo 8 sono abrogati; Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 24 – Bollettino Ufficiale 20. al comma 7 dell'articolo 8, le parole: «e la quota a valenza sociale per le prestazioni sociosanitarie» sono soppresse; 21. il comma 11 dell'articolo 8 è abrogato; 22. la rubrica dell'articolo 10 è sostituita dalla seguente: «Titoli sociali»; 23. al comma 1 dell'articolo 10, le parole: «e sociosanitari» e le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 24. il comma 2 dell'articolo 10 è sostituito dal seguente: «2. I titoli sociali sono rilasciati dai comuni, singoli o associati, competenti per territorio.»; 25. al comma 3 dell'articolo 10, le parole: «e le modalità di



gestione ed erogazione dei titoli sociosanitari» sono soppresse; 26. all'alinea del comma 1 dell'articolo 11, le parole: «e sociosanitarie» e le parole: «, delle aziende sanitarie» sono soppresse; 27. alla lettera a) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: «programma, con il piano sociosanitario, la rete delle unità d'offerta sociosanitarie e» sono soppresse; 28. la lettera b) del comma 1 dell'articolo 11 è soppressa; 29. le lettere e), f), h), n), bb) e cc) del comma 1 dell'articolo 11 sono soppresse; 30. alla lettera k) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: «e, sentiti i soggetti di cui all'articolo 3 e la commissione consiliare competente, i costi standard delle unità di offerta sociosanitarie che erogano prestazioni a carico del fondo sanitario, nonché» sono soppresse; 31. alla lettera l) del comma 1 dell'articolo 11, il numero «24» è soppresso; 32. alla lettera o) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 33. alla lettera p) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: «dei registri delle unità d'offerta sociosanitarie accreditate e» sono soppresse; 34. alle lettere t) e v) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 35. alla lettera x) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: «e sociosanitari» sono soppresse; 36. all'alinea e alla lettera a) del comma 1 dell'articolo 12, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 37. alla lettera d) del comma 1 dell'articolo 12, le parole: «e sociosanitario» sono soppresse; 38. alla lettera g) del comma 1 dell'articolo 12, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 39. alla lettera h) del comma 1 dell'articolo 12, le parole: «sociosanitarie e» sono soppresse; 40. il comma 3 dell'articolo 13 è abrogato; 41. l'articolo 14 è abrogato; 42. i commi 2 e 3 bis dell'articolo 15 sono abrogati; 43. al comma 1 dell'articolo 15, le parole: «e all'ASL» sono soppresse; 44. i commi 2 e 3 bis dell'articolo 15 sono abrogati; 45. al comma 3 dell'articolo 15, le parole: «l'ASL o» e le parole: «per quanto di competenza» sono soppresse; 46. il primo periodo del comma 3 quater dell'articolo 15 è sostituito dal seguente: «3 quater. Per l'applicazione delle sanzioni di cui al comma 3 ter sono competenti i comuni.»; 47. i commi 2 e 3 dell'articolo 16 sono abrogati; 48. al primo periodo del comma 5 dell'articolo 16, le parole: «tra l'ASL ovvero» e le parole: «sociosanitaria o» sono soppresse; 49. il secondo periodo del comma 5 dell'articolo 16 è soppresso; 50. l'articolo 17 è abrogato; 51. il comma 2

dell'articolo 18 è abrogato; 52. alla rubrica dell'articolo 19, le parole: «e sociosanitaria» sono soppresse; 53. ai commi 1 e 4 dell'articolo 19, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 54. al comma 2 dell'articolo 19, le parole: «Le ASL,» sono soppresse; 55. il comma 3 dell'articolo 19 è abrogato; 56. il comma 2 dell'articolo 20 è abrogato; 57. il secondo periodo del comma 3 dell'articolo 20 è soppresso; 58. alla rubrica dell'articolo 21, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 59. al comma 2 dell'articolo 21, le parole: «e sociosanitari» sono soppresse; 60. al comma 3 dell'articolo 21, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 61. alla rubrica e al comma 1 dell'articolo 22, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 62. la lettera b) del comma 2 dell'articolo 22 è soppressa; 63. la lettera e) del comma 2 dell'articolo 23 è soppressa; 64. alla lettera f) del comma 2 dell'articolo 23, le parole: «dalle ASL» sono soppresse; 65. alla lettera g) del comma 2 dell'articolo 23, le parole: «e sociosanitari» e le parole: «le ASL» sono soppresse; 66. l'articolo 24 è abrogato; 67. al comma 1 dell'articolo 25, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 68. all'alinea e alla lettera g) del comma 2 dell'articolo 25, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 69. all'alinea del comma 4 dell'articolo 25, le parole: «e previo parere dell'ASL territorialmente competente» sono soppresse; 70. alla lettera b) del comma 4 dell'articolo 25, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 71. l'articolo 30 è abrogato; 72. al comma 1 bis dell'articolo 31, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse; 73. la lettera b) del comma 1 bis dell'articolo 31 è soppressa. 9. Fino alla data di cui al comma 8, le ASL e le AO già costituite alla data di entrata in vigore della presente legge continuano a svolgere tutte le funzioni di rispettiva competenza secondo le disposizioni vigenti alla stessa data. 10. Entro dodici mesi dalla definizione dei nuovi assetti organizzativi sono sottoscritti i nuovi contratti collettivi integrativi aziendali. Al personale delle ATS, delle ASST si applica il contratto collettivo integrativo aziendale dell'azienda di provenienza fino alla sottoscrizione dei nuovi contratti collettivi integrativi aziendali che in ogni caso non devono determinare alcun onere aggiuntivo a carico del SSL.

11. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge e sino alla definizione dei nuovi assetti organizzativi non possono essere ricoperti i posti vacanti delle posizioni apicali dei ruoli professionale,

tecnico e amministrativo; s'intendono pertanto revocate le autorizzazioni per la copertura dei suddetti posti, per i quali, alla data di entrata in vigore della presente legge, non sia stato dato avvio alle relative procedure.

12. I direttori generali delle ATS e delle ASST, nominati con le deliberazioni di cui al comma 4, sono individuati quali commissari liquidatori cui competono: a) le funzioni di legali rappresentanti: 1. delle gestioni liquidatorie delle sopresse USSL; 2. delle gestioni liquidatorie delle aziende USSL istituite ai sensi della legge regionale 15 settembre 1993, n. 28 (Ridefinizione degli ambiti territoriali delle Unità sociosanitarie locali) e venute a cessare ai sensi della legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 (Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali); 3. delle gestioni liquidatorie delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere istituite ai sensi della l.r. 31/1997 e venute a cessare ai sensi della presente legge; b) l'adozione di ogni altro atto necessario alla liquidazione delle aziende.

13. Ai commissari liquidatori, quali legali rappresentanti delle gestioni liquidatorie di cui al comma 12 compete la legittimazione attiva e passiva, sostanziale e processuale per le controversie Bollettino Ufficiale Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015 – 25 – riguardanti debiti e crediti delle sopresse USSL e aziende USSL, ASL e AO.

14. I debiti delle gestioni liquidatorie delle sopresse USSL, aziende USSL, ASL e AO nonché i relativi atti esecutivi gravano unicamente sulle dotazioni finanziarie delle gestioni liquidatorie. 15. È esclusa ogni legittimazione passiva, sostanziale e processuale della Regione per le controversie riguardanti debiti e crediti delle sopresse USSL, aziende USSL, ASL e AO. 16. Al fine di supportare il complesso processo di avvio e stabilizzazione del riordino di cui alla presente legge, la Giunta regionale individua, mediante avviso interno rivolto al personale di ruolo appartenente al ruolo dell'avvocatura regionale secondo le disposizioni di cui all'articolo 19 della l.r. 20/2008, un professionista dotato di particolari competenze in materia di diritto e legislazione sanitaria e lo assegna alla corrispondente funzione di consigliere giuridico per il periodo di tre anni, prorogabili per altri due. Al professionista incaricato compete il trattamento economico e previdenziale equivalente a quello

previsto dall'articolo 29, comma 6, della l.r. 20/2008. 17. Entro il 31 ottobre 2015, il Consiglio regionale, previo svolgimento, presso la commissione consiliare competente, di apposite consultazioni finalizzate alla verifica degli impatti sul territorio delle aggregazioni previste dall'Allegato 1 di cui al comma 1, approva, su proposta della stessa commissione consiliare, eventuali modifiche del medesimo allegato. 18. Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Presidente della Giunta regionale propone al Consiglio regionale il PSL quinquennale di cui all'articolo 4 della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 1 comma 1. In particolare il PSL dovrà contenere: a) la rete dei poli ospedalieri e la rete socio sanitaria territoriale afferenti ad ogni ATS e ad ogni ASST, fondate sull'integrazione sociosanitaria tra assistenza ospedaliera, territoriale e domiciliare, con particolare attenzione alla protezione delle fragilità e della famiglia; b) le reti di cui alla lettera a), che potranno essere realizzate con tempistiche differenziate, anche prevedendo sperimentazioni specifiche finalizzate alla corretta valutazione del rapporto costo/beneficio, dovranno salvaguardare il duplice principio di centralizzazione dei servizi d'eccellenza e superspecialistici e di devoluzione periferica territoriale e domiciliare delle prestazioni generalistiche ed a media e bassa intensità assistenziale; c) la revisione dei DRG di cui all'articolo 27, comma 2, della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 1, comma 1. 19. Entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale attiva, per l'anno accademico 2015/2016, quaranta borse di studio per specialità medico chirurgiche. 20. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale approva gli elenchi degli idonei al ruolo di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore sociosanitario di cui rispettivamente agli articoli 12 e 13 della l.r. 33/2009 come sostituiti dall'articolo 1, comma 1. 21. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale adotta la regolamentazione dell'attività libero professionale di cui all'articolo 18, comma 7, della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 1, comma 1. 22. Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale, attraverso l'attivazione di tutti i soggetti operanti sul territorio di propria competenza, provvede ad uniformare i sistemi informatici del SSL, al

fine di consentire una corretta informazione al cittadino ed un'omogenea trasmissione ed elaborazione dei dati clinici e programmatici all'interno del SSL. La Giunta regionale, con la stessa tempistica, predispone l'aggiornamento della Carta Regionale dei Servizi con tutta la documentazione clinica pregressa della persona e l'erogazione delle prestazioni in regime di «dematerializzazione», ivi compresa la razionalizzazione delle prenotazioni e l'eventuale pagamento delle compartecipazioni attraverso la metodologia on-line, mantenendo la documentazione cartacea esclusivamente dietro esplicita richiesta del cittadino. Il database contenuto nella Carta Regionale dei Servizi sarà altresì utilizzato per la certificazione fiscale delle compartecipazioni e delle spese sostenute dal cittadino. 23. In fase di attuazione della presente legge la Regione realizza, con le organizzazioni sindacali maggiormente significative, periodici momenti di confronto sull'evoluzione del SSL, al fine di monitorare le ricadute sul personale, secondo quanto previsto dai contratti collettivi nazionali ed accordi regionali. 24. Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Consiglio regionale approva, su proposta della Giunta regionale, il piano regionale della prevenzione di cui all'articolo 4 bis della l.r. 33/2009 aggiunto dall'articolo 1, comma 1. 25. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale costituisce il GATTS di cui all'articolo 5, comma 8, della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 1, comma 1. 26. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale istituisce l'osservatorio integrato del SSL di cui all'articolo 5, comma 14, della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 1, comma 1. 27. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale costituisce l'Osservatorio epidemiologico regionale di cui all'articolo 5 bis della l.r. 33/2009 aggiunto dall'articolo 1, comma 1. 28. Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale approva ed adotta il sistema di classificazione delle malattie croniche e delle relative modalità di retribuzione di cui all'articolo 9 della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 1, comma 1. 29. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale istituisce l'accademia di formazione per il sistema sociosanitario lombardo di cui all'art. 17 bis della l.r. 33/2009 aggiunto dall'articolo 1, comma 1. Art. 3

(Norma finanziaria) 1. Agli oneri finanziari di natura corrente derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con le risorse allocate alla missione 13 «Tutela della Salute» programma 01 «Servizio sanitario regionale – finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA» – Titolo I «Spese correnti» e Titolo IV «Rimborso Prestiti» – ed al programma 07 «Ulteriori spese in materia sanitaria» -

Titolo I «Spese correnti» del bilancio regionale 2015-2017, quantificate in € 18.268.357.111,90 per l'anno 2015, in € 17.965.204.321,00 per l'anno 2016 ed in € 17.955.204.321,00 per il 2017. 2. Agli oneri finanziari in conto capitale derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con le risorse allocate alla missione 13 «Tutela della Salute» programma 05 «Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari»

Titolo II «Spese in conto capitale» del bilancio regionale 2015-2017, quantificate in € 160.526.021,00 per l'anno 2015, in € 10.410.160,00 per l'anno 2016 ed in € 6.071.061,00 per il 2017. 3. Agli oneri per incremento attività finanziarie derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con le risorse allocate al programma 07 «Ulteriori spese in materia sanitaria» Titolo III «Spese per incremento attività finanziarie» del bilancio regionale 2015-2017 quantificate in € 110.000.000,00 per l'anno 2015.

4. Agli oneri derivanti dallo sviluppo di nuovi servizi e dal miglioramento quali-quantitativo dei livelli di offerta delle prestazioni si provvede nei limiti dei risparmi derivanti dall'applicazione delle misure di razionalizzazione di cui alla presente legge. La presente legge regionale è pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione.

## **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). 2 Anno XLIV – N. 168**

1. Il Titolo V (Norme in materia di tutela della salute mentale) della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) è sostituito dal seguente:

#### **TITOLO V NORME IN MATERIA DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE**

Capo I Disposizioni generali sulla salute mentale Art. 53 (Area della salute mentale) 1. Per area della salute mentale, ai fini della presente legge, si intende l'insieme delle attività orientate a promuovere la tutela della salute mentale e del benessere psicologico e a contrastare gli effetti di esclusione sociale che i disturbi psichici e altre patologie o problematiche possono causare.

2. Afferiscono all'area della salute mentale gli ambiti delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica. La neuropsichiatria all'infanzia e dell'adolescenza può afferire funzionalmente all'area materno-infantile.

3. Le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione relative agli ambiti di cui al comma 2 sono svolte dai competenti servizi in raccordo con l'attività dei consultori e del servizio sociale professionale, e sono attuate attraverso l'integrazione interdisciplinare di attività ospedaliere e territoriali, con il coinvolgimento delle famiglie, il contributo delle formazioni sussidiarie del territorio e l'adozione di modelli sociosanitari integrati, comunitari, multidisciplinari e proattivi, nel contesto delle reti sociali e familiari, assicurando l'esercizio dei diritti, la continuità dei percorsi di cura, la presa in carico delle persone e la valorizzazione del loro sapere esperienziale e delle competenze acquisite.

4. L'erogazione delle prestazioni e delle attività inerenti ai servizi di cui al presente capo è affidata ai soggetti pubblici e privati accreditati, di cui agli articoli 7 e 8, secondo le indicazioni e la programmazione delle ATS competenti per territorio. Art. 53 bis (Obiettivi di salute dell'area della salute mentale)

1. La promozione della salute mentale in ogni età della vita rappresenta un rilevante obiettivo di salute. Tale obiettivo è perseguito attraverso: a) la diagnosi e il trattamento appropriato dei disturbi mentali, dei disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, dei disturbi da uso di sostanze e altri comportamenti da dipendenza, del disagio psicologico individuale e familiare, la prevenzione delle loro conseguenze nella vita personale e di relazione tramite interventi e percorsi di riabilitazione specifici, a partire dall'età evolutiva;

b) l'inclusione, il reinserimento sociale e scolastico, in coerenza con i programmi terapeutici e riabilitativi, per lo sviluppo del diritto di cittadinanza e la promozione della piena integrazione delle persone, attraverso il collegamento con le strutture sociosanitarie, la rete sociale, gli enti locali, gli IRCCS e i soggetti del terzo e quarto settore; c) la definizione di progetti terapeutici e di prevenzione terziaria, integrati con l'ambito sociale, finalizzati anche all'inserimento e al mantenimento nell'attività lavorativa dei soggetti assistiti, anche tramite modelli che coinvolgano enti, istituzioni, rappresentanze e portatori d'interesse;

d) la valorizzazione, la promozione e la diffusione di attività di supporto tra pari, utenti e familiari, comprese anche le forme di incentivazione, che tengano conto delle evidenze emerse dalle sperimentazioni effettuate;

e) la valorizzazione della risposta integrata e interdisciplinare al bisogno di salute dell'assistito, anche utilizzando percorsi personalizzati di cura remunerati mediante i budget di salute, finalizzati a privilegiare la metodologia della presa in carico attraverso il modello del case management, e con progetti riabilitativi orientati al recupero personale e sociale, anche lavorativo quando praticabile;

f) la promozione della collaborazione tra servizi territoriali, in particolare gli enti locali, i servizi di tutela dei minori e l'amministrazione giudiziaria, mediante un'attività integrata che persegua l'obiettivo di salute mentale;

g) la riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero o alle altre forme di intervento residenziale, mediante il potenziamento delle attività di cura da erogare sul territorio, comprese quelle al domicilio della persona, tenendo conto delle specifiche condizioni familiari, sociali e territoriali;

h) la continuità dei percorsi clinici e dei progetti di vita e di inclusione sociale che accompagnino la persona dalla fase acuta e ospedaliera a quella degli interventi territoriali e riabilitativi;



i) la promozione di interventi di prevenzione primaria e secondaria, mediante il riconoscimento delle situazioni a rischio, la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo, con indicazioni mirate per specifiche tipologie di bisogno, quali le problematiche della fascia adolescenziale e giovanile, di età compresa tra i quattordici e i venticinque anni, per garantire la continuità della presa in carico nelle età di passaggio, nonché la previsione di spazi mirati e progetti di intervento appropriati e integrati fra ospedale e territorio, in collaborazione con gli erogatori pubblici e privati accreditati di cui agli articoli 7 e 8 e con i diversi attori interessati, quali gli enti locali, i servizi specialistici, le famiglie e le associazioni;

j) la promozione di percorsi di cura e assistenza per i pazienti con patologie emergenti nell'ambito psicologico, delle dipendenze e dei disturbi psichiatrici di tutte le età, assicurando l'accesso a specifici programmi innovativi, compresi i percorsi a tutela della salute fisica; k) la formazione permanente degli operatori, con attenzione al lavoro di rete e di équipe e al coinvolgimento di utenti e familiari, inclusi adeguati percorsi formativi finalizzati alla riduzione del ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori (TSO) e alla riduzione delle pratiche di contenzione meccanica;

l) le azioni volte alla presa in carico dei pazienti autori di reato, a fine pena o nelle fasi intermedie, in conformità alla programmazione regionale e nel rispetto delle norme nazionali e regionali;

m) la presa in carico globale e continuativa, attraverso una specifica programmazione, di concerto con gli enti locali, delle persone con disabilità e con disturbi dello spettro autistico, nell'intero ciclo di vita, in base a valutazione multidimensionale e attraverso la piena integrazione dei servizi e dei programmi di natura sanitaria e riabilitativa, con quelli di natura sociosanitaria, sociale ed educativa, con il mondo del lavoro e con la famiglia;

n) i percorsi di auto-aiuto con particolare riguardo al trattamento dei quadri delle dipendenze; o) l'avvio di sperimentazioni con la figura dello psicologo di base nei servizi offerti dagli erogatori pubblici e privati accreditati di cui agli articoli 7 e 8;

p) la prevenzione delle patologie psichiatriche perinatali delle donne, la presa in carico durante la gravidanza e dopo il parto con attivazione di un servizio dedicato e di programmi di trattamento appropriati, prevedendo, per i casi più

gravi, spazi protetti per il ricovero di mamma e di bambino da zero a un anno. Bollettino Ufficiale Supplemento n. 27 - Lunedì 04 luglio 2016 – 3 –

2. Gli obiettivi di cui al comma 1 sono perseguiti prioritariamente mediante il collegamento operativo e organico degli erogatori di cui all'articolo 53, compresi gli IRCCS con competenze in materia di salute mentale, garantendo altresì l'interazione con gli enti locali nei limiti delle loro competenze, con il terzo e quarto settore e con le reti locali informali, sociali, educative e culturali.

**Art. 53 ter**  
**(Criteri organizzativi delle funzioni e dei**  
**servizi dell'area della salute mentale)**

1. Le prestazioni e i servizi erogati nell'area della salute mentale sono garantiti a tutte le persone, nell'ambito delle funzioni svolte dagli erogatori di cui all'articolo 53.

2. Ai fini dell'accesso alle prestazioni e ai servizi di cui al comma 1 è garantita la libertà di scelta, ferma restando la necessità di salvaguardare la qualità e la continuità della cura e della presa in carico territoriale.

3. Per garantire appropriati percorsi di cura, i servizi dipendenze, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, psichiatria, psicologia, disabilità psichica dell'area della salute mentale operano in un'ottica di coordinamento e integrazione favorendo, dove necessario, il coordinamento anche con altri dipartimenti e strutture organizzative. I servizi dell'area della salute mentale sono organizzati dagli erogatori di cui all'articolo 53, anche in accordo tra loro e con le realtà del terzo e quarto settore presenti sul territorio. I criteri e modelli di integrazione funzionale e gestionale sono approvati dalla ATS competente per territorio, in coerenza con la programmazione regionale e quella della stessa ATS, tenuto conto dell'estensione e della dispersione territoriale, del contesto demografico, del numero dei comuni interessati e di altre significative specificità del territorio. L'area di salute mentale, per le sue specificità clinico-organizzative, opera in organica integrazione fra il polo ospedaliero e la rete territoriale, attuando altresì modelli di intervento per la gestione delle situazioni di emergenza-urgenza.

4. Presso l'assessorato competente è istituito il Tavolo per la salute mentale, che costituisce uno dei tavoli di cui all'articolo 5, commi 13 e 14, composto da soggetti istituzionali, operatori e rappresentanti delle associazioni di

familiari e utenti e del terzo settore, società scientifiche, enti di ricerca e università e i rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, con compiti di monitoraggio e orientamento generale degli interventi inerenti agli ambiti e ai servizi di cui all'articolo 53. In ogni ATS sono istituiti uno o più organismi di coordinamento per la salute mentale fino a un massimo corrispondente al numero dei distretti. Nella ATS della montagna è istituito un organismo di coordinamento per la salute mentale in ogni distretto. Negli organismi di coordinamento per la salute mentale sono rappresentati i soggetti istituzionali, il terzo settore e le associazioni di familiari e utenti che concorrono, ciascuno per la propria competenza e funzione, alla progettazione e realizzazione dei programmi di salute, in coerenza con la programmazione regionale e della singola ATS che la attua a livello territoriale.

5. L'assessorato può avvalersi di un Comitato tecnico di esperti, a supporto dell'unità organizzativa competente, al fine dello studio e dello sviluppo di linee guida per la elaborazione e gestione dei percorsi di cura, riconoscendo e valorizzando modelli di lavoro già sperimentati nell'ambito delle esperienze delle reti lombarde di patologia e dei gruppi di approfondimento tecnico, anche per lo sviluppo e la diffusione di pratiche professionali in linea con le più recenti evidenze scientifiche internazionali e rispettose della dignità della persona.

**Art. 53 quater**  
**(Organizzazione e compiti erogativi**  
**delle unità di offerta di salute mentale)**

1. L'area di salute mentale è organizzata, secondo i criteri di cui all'articolo 53 ter, in forma dipartimentale, coerentemente con la programmazione regionale e quella della ATS competente per territorio. Nell'ambito dell'area della salute mentale opera il dipartimento di salute mentale e delle dipendenze istituito nelle ASST, articolato, di norma, in una o più unità operative dei servizi dipendenze (UOSD), in una o più unità operative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (UONPIA), in una o più unità operative di psichiatria (UOP), in una o più unità operative di psicologia (UOPsi), oltreché in servizi dedicati alla disabilità psichica.

2. Le unità operative di cui al comma 1 garantiscono la presa in carico del bisogno della popolazione assistita e la continuità dei percorsi di cura integrando servizi ospedalieri e territoriali, sulla base delle indicazioni del

piano sociosanitario integrato lombardo (PSL). In coerenza al PSL, la programmazione della ATS territorialmente competente può autorizzare l'articolazione delle unità operative in organizzazioni gestionali, anche tra più erogatori di cui all'articolo 53, in presenza di specifiche caratteristiche di natura epidemiologica, del contesto territoriale, della popolazione, dell'offerta e della rete dei servizi.

3. Le UOSD operano con metodo multidisciplinare e assicurano le attività di prevenzione, cura e riabilitazione. Le UOSD si occupano delle patologie riferibili all'uso, all'abuso e alla dipendenza da sostanze psicoattive; si occupano e garantiscono altresì un'organizzazione per lo specifico alcologico e per le patologie da dipendenze comportamentali. Nell'ambito delle UOSD sono organizzati i servizi per la tutela dei soggetti colpiti da dipendenza ristretti in carcere, sia per lo sviluppo di programmi specifici intramurari, sia per l'elaborazione di programmi alternativi alla pena, come indicato dal decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza).

4. Le UONPIA sono dotate di adeguate risorse nell'ambito dei livelli organizzativi in cui sono istituite. Svolgono attività di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione nei disturbi neurologici, psichiatrici e neuropsicologici dell'età evolutiva e nelle disabilità dello sviluppo, nonché agiscono in stretta integrazione sia con le unità operative dell'area di salute mentale sia con le unità operative dell'area materno-infantile e, a tali fini, adottano le configurazioni organizzative più adeguate a ottimizzare i percorsi di cura, in coerenza con le indicazioni fornite dalla programmazione regionale e di quella della ATS competente per territorio.

5. Le UOP sono articolate nei presidi ospedalieri, nelle reti territoriali, residenziali e semiresidenziali, per rispondere ai bisogni di salute mentale e operano in sinergia con gli enti locali e la rete sociale per garantire la presa in carico trasversale e la gestione unitaria del percorso di cura del paziente. Le UOP, in coerenza con la programmazione regionale e la normativa nazionale, organizzano forme di servizio idonee per i pazienti autori di reato, inclusi quelli in condizione di detenzione e in misura di sicurezza.

6. Le UOPsi sono articolate nell'area dipartimentale di salute mentale nell'ambito dell'organizzazione aziendale delle ASST, tenuto conto delle esigenze della popolazione di riferimento, compresi i pazienti autori di reato.

Orientano le attività di ambito psicologico alla presa in carico dei bisogni clinici di valutazione, cura, riabilitazione e delle fragilità della persona nell'intero ciclo di vita, anche collaborando con altre unità operative. Possono sperimentare modelli di psicologia di comunità, anche nell'ambito scolastico, e interventi integrati con l'assistenza di primo livello di medicina generale e le aree specialistiche, tra cui la materna infantile, e negli stati a rischio.

7. Le unità operative di cui al presente articolo, costituite dai soggetti di cui all'articolo 53, operano e collaborano tra loro in base a linee d'azione, programmi e procedure condivise, volte a garantire gli standard organizzativi delle strutture e l'attuazione dei percorsi clinici e delle attività di loro competenza, in coerenza con le normative e le direttive gestionali delle aziende in cui operano, nel contesto della rete d'offerta del territorio regionale, nonché nel rispetto della programmazione regionale e della ATS competente per territorio. Sostengono le azioni finalizzate alla prevenzione, alla valutazione multidimensionale dei bisogni, alla presa in carico, alla diagnosi e cura precoce dei casi di competenza, anche attraverso il coinvolgimento degli erogatori pubblici e privati accreditati e dei soggetti del terzo e quarto settore in raccordo con il Tavolo per la salute mentale e le sue eventuali articolazioni. Promuovono collaborazioni e si coordinano con i servizi territoriali, gli enti locali, gli istituti scolastici, l'amministrazione giudiziaria, il servizio tutela minori, i sindaci, le forze dell'ordine, i servizi sociali dei comuni, i servizi multidisciplinari integrati (SMI), le strutture consultoriali, gli altri erogatori accreditati, i soggetti territoriali sia istituzionali sia appartenenti al volontariato ai sensi dell'articolo 24. Supplemento n. 27 - lunedì 04 luglio 2016 – 4 – Bollettino Ufficiale

## **Capo II**

### **Disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa Art. 54**

#### **(Disposizioni in materia di prevenzione, cura, riabilitazione delle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa, di sostegno e assistenza per le loro famiglie)**

1. La Regione, in armonia con la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e conformemente alle vigenti disposizioni legislative nazionali e regionali, riconoscendo le peculiarità che le contraddistinguono, promuove condizioni di benessere e stabilisce le linee di azione in materia di prevenzione,

assistenza, cura, riabilitazione e inclusione sociale delle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa.

2. Le disposizioni di cui al presente capo hanno l'obiettivo di promuovere una cultura attenta alle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa e di costruire una rete integrata del sistema dei servizi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi e di dare supporto alla famiglia, quale risorsa attiva nel percorso di cura e assistenza. Gli interventi sono rivolti a tutte le persone che, in ogni età della vita, sono affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa, diagnosticati e valutati secondo i sistemi di classificazione e le metodologie più recenti, riconosciuti e validati dalla comunità scientifica internazionale, e alle famiglie che ne sostengono l'impegno di cura.

3. La Regione, attraverso il PSL di cui all'articolo 4 e le regole di sistema di cui all'articolo 17, al fine di realizzare gli obiettivi previsti dal presente articolo, promuove e sostiene:

a) la diffusione della cultura per una diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa;

b) la piena accessibilità alle informazioni relative allo spettro autistico e alla disabilità complessa, ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali correlati;

c) la partecipazione a progetti nazionali e internazionali di ricerca;

d) la collaborazione, attraverso un proprio sistema integrato di raccolta dati, con le banche dati ministeriali al fine di monitorare l'andamento epidemiologico e i risultati degli interventi preventivi, terapeutici, abilitativi e riabilitativi erogati dal sistema integrato dei servizi sanitari sociosanitari, sociali ed educativi;

e) centri di riferimento specialistici regionali con compiti di coordinamento dei presidi della rete sanitaria regionale, al fine di garantire la diagnosi tempestiva e stabilire percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali e strategie psicoeducative strutturate per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico;

f) la presa in carico globale delle persone con approccio multiprofessionale e interdisciplinare attraverso l'integrazione tra gli interventi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi tra servizi pubblici, del privato e del privato sociale, che coinvolga le famiglie e le associazioni in collaborazione con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro. La presa in carico di soggetti in età evolutiva e in età adulta è effettuata dai

soggetti di cui all'articolo 53, avvalendosi di un gruppo di lavoro istituito attraverso l'individuazione di esperti, appartenenti a enti accreditati, con comprovata e qualificata formazione ed esperienza nella diagnosi e nella predisposizione di percorsi individuali per soggetti con disturbi dello spettro autistico;

g) l'accesso alle terapie e ai metodi di approccio comportamentale in linea con le più recenti evidenze scientifiche stabilite dalle linee guida ministeriali;

h) la formazione dei professionisti sanitari, sociosanitari, sociali, dell'educazione e dei pediatri sugli strumenti di valutazione e le metodologie di intervento abilitativo e riabilitativo, validati a livello internazionale, al fine della costituzione sul territorio di unità funzionali integrate e multidisciplinari per la diagnosi precoce e la valutazione multidimensionale del bisogno;

i) iniziative di formazione, orientamento, accompagnamento e supporto alla famiglia quale risorsa attiva nel percorso di cura e assistenza;

j) idonee misure di coordinamento tra i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza, psichiatria e servizi per la disabilità, per garantire la presa in carico e il corretto trasferimento di informazioni riferite alla persona affetta dalla patologia, assicurando la continuità dell'assistenza per tutto l'arco della vita;

k) la disponibilità sul territorio di posti tecnici nelle strutture ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali accreditate, con competenze specifiche per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa;

l) la promozione di progettualità finalizzate all'inserimento lavorativo dei pazienti che ne valorizzino le capacità, anche con percorsi di vita indipendente.».

## **PIANO SOCIOSANITARIO INTEGRATO LOMBARDO 2019 -2023 – Art 4 Legge Regionale 33/2009**

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

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



lombardi e alle loro famiglie la presa in cura integrata presso il proprio domicilio. Nuovo impulso servirà per migliorare gli interventi ed i servizi di Primary Care.

- supportare la famiglia e i suoi componenti in condizione di fragilità e vulnerabilità sociale al fine di garantire una presa in carico complessiva anche attraverso l'individuazione di un pacchetto di prestazioni flessibili e personalizzate.

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

Il presente Piano declina le linee di indirizzo del Programma regionale di sviluppo della XI Legislatura (di seguito PRS), approvato con Deliberazione del Consiglio regionale 10 luglio 2018 - n. XI/64. Il PRS rispecchia le priorità indicate nel programma di governo, tracciando la visione strategica dell'azione regionale. Le dimensioni sanitaria e sociosanitaria assumono un rilievo di primaria importanza fra le linee strategiche del PRS e vengono declinate nella Missione 13 "Tutela della Salute", con l'esplicitazione di risultati attesi e indicatori in coerenza con le disponibilità di risorse a livello di Sistema. Il PRS prevede esplicitamente: - l'attuazione della riforma del sistema socio-sanitario avviata nella X legislatura, attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori istituzionali e sociali e del sistema; - la presentazione, approvazione e realizzazione del Piano socio-sanitario regionale, previo confronto con i principali attori sul territorio, in ottemperanza a normativa nazionale (decreto legislativo 502/1992) e a normativa regionale (legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33), quale principale strumento di governo della sanità sul territorio, che garantisce per sua natura e iter il massimo di discussione democratica nelle commissioni e nell'aula consiliare. Nel prosieguo del presente Piano vengono integrati i capisaldi della strategia del PRS in materia sanitaria e sociosanitaria. Gli obiettivi e risultati strategici del PRS vengono sviluppati in una logica di pianificazione di alto livello ed ampio respiro, demandando alla programmazione annuale delle DGR annuali delle Regole la formulazione degli interventi da porre in essere da parte degli attori del Sistema. Gli indicatori del PRS, strumenti per il controllo e la valutazione dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità, dell'appropriatezza e dell'economicità delle prestazioni e dei servizi

erogati vengono approfonditi e dettagliati nelle varie aree nelle sezioni monitoraggio e valutazione. Questi indicatori sono coerenti con il disposto della L.R. 33/2009 art. 4 c.1 l.c). La Direzione Generale Welfare provvede alla negoziazione annuale degli obiettivi con le ATS, le ASST, AREU e gli IRCCS, mediante la condivisione del contesto epidemiologico e la definizione della programmazione sanitaria e sociosanitaria in funzione dei bisogni emergenti degli assistiti e del soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza. In tale sede vengono definiti, laddove necessario in funzione dell'attuazione delle strategie regionali, indicatori per la determinazione di volumi di attività attesi (rif. L.R. 33/2009 Art.4 c.1 l.b), con attenzione alla coerente finalizzazione delle risorse mediante obiettivi inerenti i costi di gestione. Le ATS, nella definizione dei contratti con gli erogatori pubblici e privati accreditati prevedono ulteriori indicatori coerenti con l'impianto programmatico di cui sopra. La L.R. 33/2009 all' Art. 27 comma 2 prevede che, nella stesura dei PSL di cui all'articolo 4, la Giunta regionale introduca tariffe differenziate dei DRG, attraverso la regolamentazione di un meccanismo premiante e penalizzante sui rimborsi, in base ad indicatori che misurino la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni, oltreché il governo dei tempi d'attesa e gli esiti di salute. Tale meccanismo può essere applicato anche in funzione della complessità delle strutture erogatrici, pubbliche e private, identificate in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri vigente. Tale disposto risulta nei fatti superato dalle modifiche intervenute al D.Lgs. 502/1992, che nel testo vigente prevede all'art. 8 sexies l'abrogazione del Decreto Ministeriale 15 aprile 1994 "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera" che prevedeva all'art. 3 la determinazione di tariffe delle prestazioni in capo a regioni e province autonome. Inoltre il Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012 "Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica 4 ambulatoriale" prevede che le regioni possano riconoscere livelli tariffari inferiori ai massimi nazionali per

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

#### EVOLUZIONE NORMATIVA

La L.R. 23/2015 ha modificato profondamente l'assetto del sistema sociosanitario lombardo. Principio cardine della norma è l'istituzione di un sistema sanitario e sociosanitario integrato guidato dall'Assessorato Unico al Welfare. Il nuovo assetto organizzativo tende a concretizzare alcuni indirizzi fondamentali:

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

- il ruolo delle cure primarie, snodo centrale del sistema per la sua funzione di promozione della salute, di diagnosi precoce, di cura delle acuzie e di assistenza al paziente cronico;
- il ruolo della comunità, delle associazioni dei pazienti e del terzo settore. I successivi provvedimenti legislativi hanno ribadito i principi della legge di riforma, puntualizzando in particolare le modalità di attuazione della presa in carico dei pazienti cronici. Nel triennio 2016-2018 si è dato progressivo avvio all'attuazione della riforma, che dovrà essere portata a compimento nel prossimo quinquennio. In questo contesto il Piano sociosanitario integrato lombardo, come previsto dall'art.4 della Legge Regionale 33/2009, assume un ruolo centrale di programmazione coordinata del SSL.

#### CONTESTO DEMOGRAFICO ED EVOLUZIONE DEI CONSUMI

Il presente paragrafo rappresenta il quadro previsionale dei bisogni della popolazione (LR 33/2009 art.4 c1 l.a). La popolazione lombarda negli ultimi anni è cresciuta, anche se di poco, a causa di un saldo migratorio positivo. Continua ad essere negativo, come a livello nazionale, il saldo naturale, ossia il bilancio tra morti e nati, in parte per un eccesso di mortalità peculiare del 2015, ma anche per un indice di fecondità basso da anni. L'invecchiamento, simile a quello italiano, cresce e contestualmente cresce il carico assistenziale. L'aumento di soggetti anziani e fragili rende inevitabile la sfida di realizzare una maggiore presa in carico a livello territoriale, nonché di una sempre maggiore integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e assistenziali. Anche l'indice di dipendenza è simile a quello nazionale, e mostra che per ogni 2 adulti in potenziale età lavorativa è presente un anziano o un bambino da seguire. Riguardo alla distribuzione territoriale per ATS, l'invecchiamento è più alto nelle aree meridionali (ATS di Pavia e della Val Padana) e meno accentuata nella parte est della regione (ATS di Bergamo e Brescia). Questo indice va considerato nella distribuzione delle risorse, tenuto conto del diverso impatto di malattie e di pazienti cronici. Anche la mortalità grezza segue la medesima distribuzione dell'invecchiamento, mentre la natalità è viceversa più alta nelle ATS di Bergamo e Brescia e più bassa in quelle di Pavia e della Val Padana: per quest'ultimo indicatore, tuttavia, la differenza tra valore

massimo e minimo è di circa 1 per 1.000. La conoscenza della struttura demografica della popolazione per età e genere rappresenta il punto di partenza per la comprensione dei principali bisogni di salute, che si differenziano a seconda delle fasi di vita delle persone. Una prima evidenza è costituita dal fatto che la popolazione residente è in aumento. Nella suddivisione nelle diverse fasce d'età, oltre l'aumento degli over 65, si nota una diminuzione degli under 40. 6 Indici di vecchiaia / di dipendenza Figura 1 - Trend Indici di vecchiaia/di dipendenza Leggendo gli indicatori relativi all'indice di vecchiaia e quelli di dipendenza strutturale risulta evidente come la quota dei giovani sul totale della popolazione sia molto contenuta, mentre il peso assoluto e relativo della popolazione anziana si fa via via più consistente anche se si considerano le età più avanzate. L'indice di vecchiaia rappresenta il rapporto tra cittadini con più di 65 anni e popolazione under 14. 7 L'indice di dipendenza strutturale dei cittadini lombardi, rappresenta il rapporto tra cittadini considerati in fasce d'età non autonome (65 anni) e i cittadini tra i 14 e i 65 anni. Inoltre, è visibile anche il tasso di dipendenza strutturale per la sola fascia di anziani (>65 anni). Leggendo il trend è facile prevedere come nei prossimi decenni si assisterà ad un ulteriore aumento del peso relativo ed assoluto della popolazione anziana dovuto sia all'aumento della speranza di vita (non solo alla nascita, ma anche alle età avanzate), sia allo "slittamento verso l'alto" (ossia all'invecchiamento) delle coorti assai numerose che, oggi, si trovano nelle classi di età centrali. In tale contesto si assisterà sempre di più all'aumento di cittadini portatori di patologie croniche. In una siffatta situazione la prevenzione e la presa in carico complessiva del paziente cronico acquisiscono ancor più importanza poiché finalizzate, da un lato, a prevenire l'insorgere delle patologie croniche, e dall'altro a ritardare l'aggravarsi delle stesse. Il quadro sopra descritto mette in luce le rilevanti modifiche della struttura della popolazione lombarda che, secondo le stime ISTAT, produrranno anche negli anni a venire un inesorabile e progressivo invecchiamento per effetto dell'allungamento della speranza di vita e ulteriori dinamiche che impoveriscono la popolazione, quali ad es. la denatalità che erode la consistenza quantitativa delle nuove

generazioni. La prospettiva è di anziani più vecchi, più soli e con supporti familiari meno presenti e meno disponibili, tenuto conto che le risorse di cura familiare nei prossimi 20 anni andranno riducendosi, in un quadro demografico in continua evoluzione. Il numero di caregiver familiari è in calo: la generazione dei baby-boomers – i 50enni di oggi – avvicinandosi alla terza età, avrà a disposizione una rete di aiuti parentali più limitata di adesso, spesso inesistente. La rarefazione delle nascite e l'ascesa dei figli unici porteranno ad un aumento degli anziani soli: già oggi un anziano su tre in Lombardia vive da solo (32%) e, se si considerano anche le coppie di anziani, si supera il 70%. Questo è un elemento di potenziale fragilità da non sottovalutare: la rarefazione delle relazioni familiari, spesso peraltro accompagnata da una scomparsa progressiva dei rapporti di amicizia e vicinato, possono ostacolare una vita attiva in termini di scambi e relazioni sociali che progressivamente potrebbe trasformarsi in una minore cura di sé con conseguenze importanti dal punto di vista del decadimento psicofisico. È un dato che, se aggregato alla quota di coloro che vivono in coppia senza altri componenti, va a costituire un bacino importante di anziani che, nell'eventuale insorgenza di un grave problema di salute, si trovano soli o in compagnia di un coniuge che è altrettanto anziano/a. Cronicità Regione Lombardia grazie a degli algoritmi (sistema BDA3) sviluppati negli anni in collaborazione tra ASL/ATS, Direzione Regionale e società scientifiche, è in grado di stratificare la popolazione residente in funzione delle patologie croniche, sulla base delle informazioni contenute nel DWH amministrativo di cui Regione è titolare e che viene trattato con finalità di monitoraggio e valutazione della qualità e della efficacia delle cure erogate alla popolazione. Recentemente il sistema degli algoritmi di classificazione è stato rivisto, prevedendo una più approfondita individuazione delle cronicità attraverso le seguenti novità metodologiche: ▪ profondità storica nella ricerca dei traccianti fino a 10 anni; ▪ incremento della precisione e sensibilità dell'algoritmo nell'individuazione dei livelli di cronicità, rinominato BDA3 (Banca Dati Assistiti V3). La classificazione CREG (chronic related group), calcolabile sulla base delle patologie individuate con

gli algoritmi BDA3, è basata sul ranking di 65 patologie secondo un ordinamento decrescente in funzione del consumo delle risorse, permette di conoscere la cronicità e la comorbidità a livello individuale, fornisce tutti gli elementi utili a stimare la mortalità ed i consumi di ricovero, farmaci e specialistica ambulatoriale. L'incremento dell'incidenza delle malattie croniche e degenerative, l'invecchiamento della popolazione, l'aumento dell'aspettativa di vita, la presenza delle diverse comorbidità e la loro dinamica interazione nel processo disabilitante, che diventano particolarmente rilevanti in età anziana, configurano un quadro 8 differenziato di bisogni, in alcune situazioni di particolare complessità, che sollecitano al sistema sanitario, socio sanitario e sociale un impegno rilevante in termini di risorse umane ed economiche, senza dimenticare che tali bisogni richiedono alle famiglie impegni assistenziali, psicologici e finanziari assolutamente nuovi e che spesso disarticolano l'organizzazione della quotidianità familiare. Negli ultimi anni la prevalenza di soggetti in condizione di cronicità è aumentata e l'incremento, soprattutto oltre i 65 anni, è quasi direttamente proporzionale all'incremento del numero di soggetti nella specifica classe di età. Si noti anche che ogni classe di età ha un suo carico specifico di cronicità (crescente con l'età) che oltre i 65 anni è mediamente almeno del 74% arrivando, oltre gli 80 anni, al 85/86%. Il combinato disposto dell'invecchiamento della popolazione e del correlato incremento della popolazione in stato di cronicità influenza dal punto di vista quantitativo i consumi dei ricoveri, della specialistica e dei farmaci. In talune situazioni, lo stato di cronicità si accompagna alla condizione di fragilità che intreccia sia gli aspetti clinici legati alla patologia, sia le risorse fisiche (aspetti funzionali delle attività corporee e della vita quotidiana), psicologiche (risorse cognitive, emotive e comportamentali) e sociali (relazioni con gli altri, apertura all'esterno, interazione con l'ambiente, adattabilità e socialità). La fragilità dunque è una condizione particolarmente frequente nelle persone anziane, alle quali provoca un conseguente rapido deterioramento dello stato di salute, che non è completamente spiegabile sulla base di una patologia specifica, anche se ovviamente malattia e scompenso

funzionale si sovrappongono ed interagiscono reciprocamente con la fragilità. In questa prospettiva, lo stato di salute è l'esito delle "relazioni" tra sistemi in cui è inserita la persona (famiglia, ambiente, scuola, lavoro, ecc.); fra questi sistemi la "sanità" e il "sociale" sono quelli per cui l'integrazione diventa una priorità strategica per rispondere alla complessità delle domande di salute che richiedono attenzione alla globalità dei bisogni della persona ed un approccio unitario ai suoi problemi di salute. In effetti, i bisogni sociali e sanitari di ogni persona variano nel tempo e questo comporta implicazioni rispetto alla necessaria continuità e all'appropriatezza delle risposte. Ciò suggerisce le direttrici di sviluppo per la programmazione della rete di offerta dei servizi, che dovrà tendere ad un modello di presa in carico complessiva della persona superando la logica della erogazione di singole prestazioni per passare all'integrazione delle attività, sulla base di piani di assistenza individuale. Scenario dell'offerta di prestazioni in Lombardia La Lombardia – come tutto il paese – si trova di fronte ad un'evidente consolidata riduzione complessiva dei ricoveri e del loro valore, e le prestazioni ambulatoriali dal 2013 ad oggi sono sostanzialmente stabili. Il momento di svolta rispetto a questo scenario è rappresentato dalla approvazione del D.L. n. 95/2012, convertito nella legge n. 135/2012 (c.d. spending review). La normativa ha comportato il blocco dei costi del personale per gli erogatori di diritto pubblico e il blocco dei contratti per quelli di diritto privato, determinando per questi ultimi una concentrazione su alcune specifiche linee di attività che hanno loro permesso il mantenimento dei livelli economici che, tuttavia, impongono controlli incisivi in termini di appropriatezza. Per quanto concerne l'attività ospedaliera negli anni si è avuto un miglioramento complessivo per quanto riguarda qualità ed appropriatezza dei ricoveri. Ricoveri I ricoveri sono complessivamente in calo, anche se gli enti privati compensano questo calo con un lieve ma evidente aumento dell'attrattività di pazienti da fuori regione. Figura 2 - Trend ricoveri Acuti-Finanziati 10 Analizzando il sottoinsieme dei ricoveri ordinari, si evidenzia come il calo sia più marcato in quelli di tipo Medico piuttosto che Chirurgici. Figura 3 - Trend ricoveri per acuti (Medico/Chirurgico)



Nella tabella seguente risulta evidente che, pur in un contesto di calo progressivo del valore dei ricoveri, gli stessi hanno fatto registrare un incremento per i soggetti con più di 80 anni ponendo all'attenzione la necessità di adeguare l'offerta alle necessità di pazienti sempre più anziani, instabili dal punto di vista clinico e fragili dal punto di vista assistenziale. 11 Gli andamenti delle attività di ricovero e, di conseguenza, di quelle di specialistica ambulatoriale devono essere contestualizzati rispetto al progressivo spostamento programmato di attività dal setting della degenza verso quello della specialistica ambulatoriale. Ciò si è verificato sia per le attività mediche (MAC) sia per quelle chirurgiche (BIC) anche definendo per questi setting degli specifici requisiti di autorizzazione e di accreditamento. Nel grafico seguente viene esposto per le BIC e le MAC l'andamento nel tempo dei volumi di attività di queste due tipologie di attività. Specialistica Ambulatoriale Nelle tabelle seguenti sono riportati i consumi relativi alle attività di specialistica ambulatoriale suddivisi tra laboratorio, radiologia e le restanti prestazioni, raggruppate sotto la dizione attività clinica. Le attività sono sempre rappresentate distinguendo i soggetti che sono "stratificati" come cronici dai soggetti che non lo sono. Sono rappresentati, per ogni gruppo di prestazioni, i soggetti beneficiari nell'anno, i consumi pro capite nell'anno ed anche i valori assoluti delle prestazioni erogate. In generale si nota che si riducono le prestazioni a favore di soggetti non cronici e che aumentano quelle per i pazienti cronici in termini assoluti. Le prestazioni pro capite si riducono sia per i cronici sia per i non cronici e aumentano solo per la diagnostica strumentale e per immagini. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

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

Macro Obiettivi centrali attraverso 13 Programmi regionali che sono supportati da azioni basate sulle migliori evidenze di efficacia e da interventi integrati che si realizzano nell'ambito della più complessiva programmazione regionale, della sostenibilità delle azioni proposte e mediante un approccio per setting e per ciclo di vita ed orientato alla prevenzione ed al contrasto delle disuguaglianze. Il PRP ha già superato positivamente all'interno del percorso di valutazione LEA la verifica per gli anni 2015, 2016 e 2017 con un risultato di raggiungimento degli obiettivi di piano superiore all'80%. In coerenza con gli indirizzi del PRP, discendono dagli stessi specifici atti programmatori di settore quali ad esempio il Piano Regionale per la tutela e la sicurezza nei luoghi di lavoro 2014-2018 (PRSL) (DGR n. X/1104/2013) e il Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale (PRPV) 2017-2019 (DGR n. 7629/2017). Tutti i Piani sopra citati sono in scadenza nel 2019 e dovranno, pertanto, essere riaggiornati con una visione temporale quinquennale: anche al fine di disseminare gli obiettivi e i modelli attuativi della legge di riforma del SSR, la UO Prevenzione della DG Welfare partecipa al tavolo redazionale del prossimo Piano nazionale Prevenzione 2020-2025 Linee strategiche Il PRS dell'XI legislatura, nell'ambito dell'area Sociale, Missione 13 – Tutela della salute, dichiara che la prevenzione diventerà lo strumento di guadagno di salute e di miglior utilizzo delle risorse disponibili (umane, organizzative e finanziarie). Le principali linee di intervento che verranno affrontate si concretizzeranno con il raggiungimento dei seguenti obiettivi: ▪ Programmazione e sostegno di iniziative di prevenzione e di promozione della salute in ogni fascia d'età ed in ogni ambiente di vita e di lavoro (rif. RA 131). ▪ Potenziamiento degli interventi di promozione della salute e di prevenzione e diagnosi precoce delle malattie croniche e tumori (rif. RA 132). ▪ Incremento della tutela della salute e sicurezza del lavoratore/del consumatore/del cittadino (rif. RA 133). ▪ Monitoraggio delle ricadute sulla salute del miglioramento della qualità dell'aria in relazione alle azioni di cui al PRIA: contributo in termini di conoscenza degli effetti sulla salute dell'andamento degli inquinanti aero dispersi in Regione Lombardia (rif. RA 134). ▪ Lotta alle

dipendenze, anche immateriali (quali le ludopatie) attraverso l'attuazione del piano d'azione regionale per le Dipendenze (rif. RA 136).

### CURE PRIMARIE

Nella logica evolutiva del sistema sociosanitario lombardo ruolo centrale svolgono le cure primarie. La medicina di famiglia, che già rappresenta il luogo centrale della cura e il primo accesso per l'assistito, viene valorizzata nella sua dimensione clinica e preventiva e le viene riconosciuto un ruolo fondamentale nel percorso di presa in carico del paziente, in particolare cronico e fragile. Il passaggio dalla "cura" al "prendersi cura", attraverso la creazione di percorsi personalizzati ed integrati, è finalizzato a favorire la permanenza del malato nel contesto familiare e ad assicurare una migliore integrazione di tutti gli attori della rete di offerta. Le azioni di Regione dovranno favorire il ruolo centrale nella presa in carico svolto dai medici di cure primarie, incentivando la massima adesione al processo e la collaborazione con la medicina specialistica, anche attraverso lo sviluppo tecnologico dell'informatica e della telemedicina. In particolare, andranno sempre più affidati ai medici delle cure primarie i compiti: ▪ di prevenzione e promozione della salute; ▪ di individuazione dei fattori di rischio e di diagnosi tempestiva delle patologie croniche anche attraverso lo sviluppo della medicina di iniziativa; ▪ di presa in carico dei pazienti cronici e fragili; ▪ di partecipazione alle attività di valutazione multidimensionale; ▪ di integrazione della continuità assistenziale nelle funzioni erogate dalle forme associate di cure primarie. Da un punto di vista degli strumenti, andranno promosse, anche attraverso l'utilizzo delle diverse forme incentivanti e attraverso idonee sperimentazioni:

- le forme collaborative e associative tra medici delle cure primarie e tra questi e l'assistenza specialistica (UCCP-PreSST) al fine di attuare un "chronic care model" anche con la collaborazione di altri professionisti sanitari;
- la collaborazione con i medici specialistici, anche attraverso un sistema informativo, che favorisca tale attitudine;

- la erogazione di diagnostica di primo livello che faciliti il mantenimento del paziente al suo domicilio anche con il supporto della telemedicina e attraverso esperienze in rete;
- la partecipazione del MMG/PLS nel PreSST e nelle degenze di comunità;
  - la responsabilizzazione del MMG e del PLS nei processi e nei percorsi di cura, identificando sistemi di reporting che integrino le informazioni sul consumo delle risorse con le informazioni sulla adesione del medico ai PDTA e dei suoi assistiti ai percorsi di cura (cruscotto integrato per il MMG/PLS);
- la partecipazione a audit clinici per promuovere la qualità dell'assistenza;
- la formazione che tenga conto degli obiettivi di sviluppo clinico e organizzativo prioritari per la Direzione Generale Welfare. L'accordo collettivo nazionale permetterà di valorizzare il ruolo delle cure primarie nella gestione della cronicità, in accordo con il piano nazionale della cronicità, e favorirà l'organizzazione dei medici in AFT. Monitoraggio e valutazione La valutazione delle performances dei medici delle cure primarie è stata ampiamente sviluppato dalle ASL e ATS negli anni, seppure con diverse modalità e con una attenzione prevalentemente rivolta ai consumi farmaceutici. Dovrà essere definito un set di indicatori sintetico e omogeneo su tutto il territorio regionale, che descriva il consumo di risorse (cliniche, di accesso al P.S., di utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari, farmaceutiche) con gli indicatori relativi alla capacità di garantire percorsi di diagnosi e cura coerenti con i percorsi diagnostico terapeutici condivisi (nuove diagnosi/anno per le principali patologie croniche, numero di pazienti cronici sottoposti ad indagini diagnostiche specifiche etc.) e ciò in attesa di integrare tali informazioni con indicatori specifici di outcomes clinici. A livello regionale e di ATS si continuerà a monitorare l'adesione dei professionisti delle cure primarie alle forme associative, alle attività dei POT e dei PreSST, alle modalità di adesione ai percorsi di presa in carico del paziente cronico.

DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA

Il mutamento della struttura sociodemografica nella nostra regione, l'aumento della popolazione anziana e della non autosufficienza, delle gravissime disabilità, delle situazioni di rischio di povertà e di disagio sociale ed economico, fanno emergere in particolare, come più volte sottolineato ed evidenziato nei diversi provvedimenti di queste ultime due legislature, una diversa domanda di assistenza da parte delle persone e delle famiglie. La domanda si presenta sia in termini di richiesta di servizi flessibili a livello territoriale, sia di aiuto e sostegno per il mantenimento presso il domicilio della persona in condizione di non autosufficienza, o ancora di un rinnovamento di prestazioni e servizi qualificati per fronteggiare i nuovi bisogni. La profonda crisi economica che sta coinvolgendo numerose famiglie della nostra regione sta peraltro modificando, o ha già modificato, sia gli stili di vita delle persone, in particolare di coloro che hanno bassi redditi, sia la struttura degli interventi e servizi che costituiscono la rete sociale e sociosanitaria regionale.

**Cronicità** L'invecchiamento della popolazione che caratterizza lo scenario sanitario del nostro Paese, può essere affrontato attraverso una efficace "presa in carico della cronicità". Il progetto pone al centro del sistema il paziente e valorizza l'intero processo assistenziale del malato cronico. Obiettivo fondamentale del nuovo modello organizzativo è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità della vita e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso alle cure. Il percorso di presa in carico pone l'accento sulla necessità di una migliore e più efficiente organizzazione dei servizi e di una maggiore responsabilizzazione di tutti gli interlocutori, compresa la persona con cronicità, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze. Per la progressiva diffusione del modello proposto, anche alla luce delle esperienze maturate nel primo triennio, occorre identificare alcune precise linee di sviluppo:

- il progressivo e completo coinvolgimento del MMG/PLS come clinical manager, sia singolo che associato in cooperativa. Rimane infatti principalmente al medico di famiglia e al pediatra di libera scelta il compito di ricomporre e integrare i contributi specialistici al

fine di rispondere compiutamente ai bisogni complessivi del paziente;

- l'integrazione nei piani assistenziali individuali degli aspetti della prevenzione e della promozione della salute, degli interventi sociosanitari e sociali;

- la valorizzazione del ruolo del “case manager” che possa accompagnare, orientare e tutelare il malato e la sua famiglia nel percorso di cura;

- la progressiva differenziazione del ruolo dell'Ospedale e della medicina territoriale nella presa in carico dei diversi pazienti anche sulla base dei differenti livelli di complessità e di intensità assistenziale;

- la attuazione di modalità proattive di individuazione dei soggetti con più elevato rischio, sia in ambito ospedaliero che nelle cure primarie, al fine di integrare le modalità di classificazione dei pazienti basata sulla BDA con la conoscenza della complessità clinica e sociale, anche per assicurare una tempestiva presa in carico dei soggetti più fragili dopo un evento acuto che ha determinato un peggioramento delle condizioni cliniche e della autonomia;

- la valorizzazione della valutazione multidimensionale sia in ambito territoriale sia in ambito ospedaliero;

- il continuo monitoraggio del processo e la valutazione degli esiti (in termini di accessi al PS – ricoveri ripetuti – istituzionalizzazione);

- la individuazione di tariffe orientate a promuovere la permanenza del paziente nel territorio. Monitoraggio e valutazione Il modello regionale della presa in carico prevede la raccolta sistematica di dati, sia a livello delle cure primarie sia a livello degli erogatori pubblici e privati accreditati, atti a valutare il numero e le caratteristiche cliniche dei pazienti arruolati nei diversi setting di cura, sia informazioni relative all'assorbimento di risorse in termini di ricoveri, specialistica ambulatoriale e farmaceutica, sia alcuni indicatori proxy dell'esito delle cure, quali i ricoveri ospedalieri, i ricoveri ripetuti, gli accessi in pronto soccorso etc. La disabilità, congenita o acquisita, chiede il massimo sforzo del sistema per garantire la dignità della persona con disabilità e la qualità della sua vita. In nessun ambito come quello della disabilità è cruciale il

percorso della presa in carico, della personalizzazione delle cure e della integrazione tra servizi e istituzioni, proprio per i labili e spesso artificiosi confini tra bisogni sanitari, sociosanitari e sociali, anche a fronte della grande variabilità delle condizioni di disabilità e delle diverse fasi del “ciclo di vita” nel quale si è chiamati a intervenire. L’approccio alla disabilità deve integrare aspetti specificatamente sanitari all’interno di una visione più ampia che abbraccia anche le componenti sociali. Questa impostazione è fondata sul principio che una disabilità non è un attributo intrinseco della persona, ma piuttosto, il risultato di una complessa interazione tra lo stato di salute, le attività e le relazioni, prodotta dal contesto ambientale e sociale in cui la persona vive. Pertanto il Piano Assistenziale Individuale deve essere declinato all’interno del Progetto di vita, rispettoso delle scelte della persona e della famiglia, finalizzato ad sostenere la permanenza al domicilio, a realizzare una vita piena e di qualità, nonostante i limiti che la condizione di disabilità pone, coerentemente con le azioni avviate per la costituzione del Fondo unico per le disabilità. Numerose sono le esperienze e le sperimentazioni che il sistema lombardo ha promosso per garantire i diritti della persona disabile. In particolare:

- riabilitazione di soggetti disabili, prevalentemente di minore età, attivata ai sensi della DGR n° 3239/12 e s.m.i.;

- case management rivolto a soggetti con disturbo dello spettro autistico e alle loro famiglie, attivato ai sensi della DGR n° 392/13 e s.m.i.

- misure sostenute con risorse del Fondo Nazionale Non Autosufficienza (FNA) e risorse regionali a supporto del caregiver familiare per il mantenimento al domicilio di persone in condizione di disabilità gravissima e grave. Ultime Delibere regionali riferite all’annualità FNA 2018: n. 1253/2019 e n. 1735/2019;

- sperimentazione di progetti di vita indipendente ed inclusione sociale delle persone con disabilità sostenuta con quota parte di risorse FNA e cofinanziamento di alcuni Ambiti – Protocollo Regione e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;

- interventi a favore delle persone disabili gravi prive del sostegno familiare in attuazione della L. 112/2017 “Dopo di noi”. DGR n. 6674/2917

Programma operativo regionale DOPO DI NOI con risorse annualità 2016 e 2017. Regione Lombardia intende concludere e valutare tali sperimentazioni, al fine di stabilizzare e dare continuità agli interventi efficaci. Nel prossimo quinquennio è necessario fare ulteriori passi avanti nella direzione:

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



comunicazione tra gli operatori, la integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali, la costruzione di percorsi di presa in carico e di progetti di vita;

- monitorare i servizi semiresidenziali e residenziali, al fine di renderli sempre più rispondenti alle diversificate esigenze delle persone

- monitorare gli interventi definiti, anche a seguito di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, di natura sociosanitaria a favore delle vittime minmori di abuso, grave maltrattamento e in situazioni di particolare vulnerabilità inseriti in contesti comunitari;

- tutelare il passaggio alla maggiore età, momento di crisi per la persona e la sua famiglia, per individuare insieme i servizi appropriati e necessari a una dignitosa qualità della vita;

- valorizzare il ruolo del volontariato e del terzo settore.

- Monitoraggio e valutazione

- La estrema variabilità delle condizioni cliniche, sociali e di autonomia delle persone con disabilità rende estremamente complesso individuare indicatori sintetici ed uniformi per valutare la qualità della assistenza erogata.

- È comunque necessario monitorare e valutare i progetti e le sperimentazioni in atto, sia dal punto di vista dei soggetti coinvolti che dei risultati, la qualità e l'appropriatezza dei servizi semiresidenziali e residenziali, la diffusione negli ospedali di modalità strutturate di accoglienza e cura dei soggetti disabili, la implementazione di servizi finalizzati a sostenere la permanenza a domicilio.

- È imprescindibile il pieno coinvolgimento delle persone con disabilità, delle famiglie e delle associazioni in un costante monitoraggio e valutazione dei servizi.

## PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO

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

- superare la frammentazione dei servizi tra territorio e ambito specialistico e tra i diversi settori specialistici;
  - considerare gli aspetti sociali, famigliari ed economici come determinanti della qualità della vita e della salute;
  - garantire la continuità tra la fase della diagnosi, della cura, della riabilitazione e dell'assistenza;
  - sostenere la capacità di autogestione del paziente (self management support) e valorizzare le competenze della famiglia;
  - promuovere la partecipazione della "community";
  - sviluppare sistemi informativi che facilitino la comunicazione tra i diversi attori del sistema;
  - monitorare e valutare continuamente gli esiti in termini di outcome di salute e di costi.
- Dimissione Ospedaliera Per attuare questo programma, è necessario sviluppare percorsi di cura che abbiano come base la valutazione multidimensionale e come finalità l'assistenza olistica della persona, che siano basati su percorsi standardizzati "evidence based" e orientati all'appropriatezza e alla qualità. I percorsi di cura devono essere individualizzati e possono essere progettati a partire dal territorio o dall'ospedale. A tal fine vanno implementati in ogni ambito di ricovero i servizi orientati alle "dimissioni protette", intesi come servizi multiprofessionali con competenze nella valutazione multidimensionale e nel "case management", capaci di individuare, nel rispetto delle scelte e della famiglia, percorsi di cura post dimissione che possono prevedere il rientro al domicilio con il supporto dell'assistenza domiciliare o con modelli di presa in carico della cronicità, la riabilitazione, le degenze di comunità, percorsi assistenziali per la terminalità, la istituzionalizzazione, servizi residenziali socio-sanitari. Ciascun erogatore dovrà evidenziare il numero dei pazienti intercettati e valutati, i pazienti presi in carico dal "case manager" e l'esito del processo di discharge management: rientro a domicilio, inserimento

in struttura socio-sanitaria residenziale, attivazione dell'assistenza domiciliare o delle cure palliative, invio alle degenze di comunità etc. Riabilitazione Specialistica Le fonti legislative nazionali e regionali hanno ben delineato la necessità di assicurare servizi riabilitativi specialistici dopo eventi acuti cardio respiratori, neurologici, ortopedici. Tali interventi sono strategici in quanto assicurano il massimo recupero funzionale possibile, soprattutto quando effettuati precocemente e tempestivamente e nel setting assistenziale più appropriato. Nella ulteriore fase di sviluppo occorre:

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

Monitoraggio e valutazione La riabilitazione specialistica è una risorsa importante nel sistema regionale delle cure, e deve essere utilizzata secondo criteri di appropriatezza, efficienza ed efficacia. Verranno pertanto monitorati gli indicatori relativi alle caratteristiche dei pazienti ricoverati o presi in carico a livello a ambulatoriale o domiciliare, la durata dei ricoveri, l'esito delle cure riabilitative (rientro al domicilio, inserimento in struttura socio-sanitaria residenziale, passaggio ad altri setting assistenziali, ricoveri riabilitativi ripetuti etc, anche al fine di valutare le necessità di risorse riabilitative specialistiche) Degenze di comunità Per degenze di comunità intendiamo il complesso sistema delle cure sub acute, post acute, generali geriatriche, intermedie erogate in diversi ambiti assistenziali residenziali, sanitari, sociosanitari e sociali. La DGR 31.07.2019, n. 2019 a tale riguardo ha disegnato la nuova rete delle degenze di comunità individuandone le caratteristiche sperimentali. In riferimento a tale sperimentazione, nel prossimo quinquennio è necessario portare a compimento il disegno sperimentale, monitorandone gli esiti, uniformando i criteri e le modalità di

accesso e modulando l'offerta sulla reale domanda espressa, promuovendo la continuità con le degenze ospedaliere. L'evoluzione demografica ed epidemiologica, caratterizzata da una popolazione pluripatologica, cronica e di grandi anziani, richiede una riprogettazione dei tradizionali setting di cura, sperimentando forme di assistenza ambulatoriale e di degenza caratterizzata da bassa intensità diagnostica e assistenziale, dedicata principalmente a una popolazione fragile, cronica, anziana e già ben stadiata dal punto di vista diagnostico, che necessita di un ulteriore periodo di ricovero dopo un evento acuto o sub acuto, o alternativo allo stesso, quando inappropriato. In tale contesto assume rilevanza l'accompagnamento della persona fragile in dimissione dall'ospedale, accompagnamento finalizzato, anche mediante specifici protocolli di dimissione protetta, a garantire la continuità della presa in carico anche attraverso modalità di collaborazione con strutture residenziali e semiresidenziali che possano sostenere il rientro graduale al domicilio, oppure assicurare al domicilio l'assistenza necessaria. La gestione di questi servizi può essere affidata in toto o in parte ai medici di famiglia o a infermieri e trovare collocazione in ambiti intraospedalieri, extraospedalieri, nei POT o in RSA e possono differenziarsi per diversa intensità assistenziale e riabilitativa, oltre che per gli obiettivi di salute. Tra queste forme di degenza in ambito sanitario o sociosanitario o sociale sono da evidenziare:

- i POT
- le degenze di comunità
- le forme sperimentali di ricovero in strutture sociali o sociosanitarie quali il progetto PRINGE o il progetto STAR. Sarà inoltre necessario definire le caratteristiche delle diverse tipologie di degenze di comunità, superando l'attuale frammentazione in degenze subacute e post acute, degenze di comunità, degenze sperimentali in RSA, differenziando finalità, obiettivi, criteri di accreditamento e di valorizzazione delle tariffe, nonché uniformando le modalità di accesso, anche per semplificare le modalità di invio, garantire una maggiore equità ed appropriatezza. POT I Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) sono definiti dalla Legge Regionale 23 quali "strutture multiservizio deputate all'erogazione di prestazioni

residenziali, sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e di prestazioni ambulatoriali e domiciliari”. Si configurano quindi come strutture territoriali per la gestione ed erogazione di servizi di carattere sanitario e sociosanitario. Dovranno rappresentare un nodo funzionale della rete e operare promuovendo la collaborazione tra i diversi ambiti (Ospedale per acuti, domicilio, servizi ambulatoriali e medicina di famiglia) e favorire la comunicazione tra gli operatori sul singolo percorso. A tal fine, oltre ai medici specialisti, alcune degenze si potranno avvalere dei medici di medicina generale, che partecipano alla gestione clinica dei propri pazienti ricoverati, con differenti livelli di collaborazione nell’ambito di accordi specifici stipulati con la ASST e con l’ATS di riferimento, con ampia autonomia assistenziale e gestionale affidata all’infermiere. Nel prossimo quinquennio potranno, quindi, essere sperimentate forme di degenza affidate a personale infermieristico, in strutture collocate all’interno di un Ospedale per acuti o in strutture extraospedaliere, e dedicate a pazienti che necessitano di un ulteriore periodo di osservazione e assistenza dopo la risoluzione di un evento acuto. In tutte queste forme di degenza dovrà essere sviluppato il ruolo di “case management” e di programmazione di percorsi post dimissione e di presa in carico, favorendo, ove possibile, il rientro al domicilio. PreSST Al fine di ricomporre i servizi erogati alla persona costruendo un’efficace risposta alle complesse diversificate esigenze del cittadino nelle diverse fasi della vita del malato cronico, occorre rafforzare e sviluppare il PreSST quale luogo appropriato, ben identificabile per la popolazione, di erogazione di servizi e di costruzione di percorsi di cura. I PreSST dovranno rappresentare l’evoluzione delle funzioni degli ex distretti, con una organizzazione flessibile e una erogazione di prestazioni a ciclo diurno. Devono essere il punto di accesso unico e il primo punto di contatto ai servizi per ogni problema di salute e rappresentare il luogo di incontro di più figure professionali con una forte vocazione al governo della presa in carico e all’integrazione sociosanitaria e sociale. Dovranno assicurare la valutazione multidimensionale e la progettazione di percorsi personalizzati, essere lo snodo tra l’ospedale per acuti, il medico di medicina generale, le strutture territoriali di riabilitazione,

le degenze di comunità, l'assistenza domiciliare. Nel PreSST possono trovare collocazione:

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

I POT e i PreSST richiedono, anche al fine di assicurarne una implementazione omogenea sul territorio, la individuazione di indicatori descrittivi che evidenzino le attività svolte, le risorse utilizzate, il numero e la tipologia dei pazienti trattati, le prestazioni erogate, anche al fine di avviare un bench-marking delle diverse esperienze in atto e per orientare i servizi in modo appropriato ed efficace. Le degenze di comunità devono essere valutate relativamente alla tempestività dei ricoveri, alla durata media degli stessi, alla provenienza dei pazienti (ospedale, territorio, altri percorsi), nonché alla capacità di garantire una dimissione al domicilio sicura e tutelata. Cure Domiciliari Il diritto alle cure presso il proprio domicilio necessita di ulteriori investimenti e progressi. La fascia di popolazione che esprime un bisogno di assistenza domiciliare è in costante espansione. Si stima che le persone anziane nel 2025 saranno il 24,7% della popolazione e di queste circa il 12% saranno non autosufficienti. Il contributo sinora apportato dai caregiver familiari è destinato a diminuire in conseguenza del cambiamento in atto del sistema familiare e della maggiore occupazione femminile. Accanto alla tradizionale offerta consolidata

di assistenza domiciliare da parte dei Comuni (SAD), negli ultimi anni si è sviluppata un'offerta innovativa di tipo sociale e sociosanitario (RSA aperta, assistenza informale attraverso le assistenti familiari) che ha determinato una diversa distribuzione dell'utenza nelle diverse tipologie di assistenza al domicilio. La popolazione con demenza in fase meno avanzata e con maggiore autonomia risulta meno assistita. Le strutture residenziali (RSA) ospitano sempre più persone in età decisamente avanzata, con alti livelli di compromissione delle autonomie e della sfera cognitiva e con condizioni complesse dello stato di salute. . Conseguentemente il potenziamento dell'intensità domiciliare dovrà concretamente:

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

realizzando una reale integrazione tra la dimensione sociosanitaria e quella sociale così come ipotizzato al comma 4 del DPCM 12 gennaio 2017. L'intera filiera delle risposte per gli anziani e per le persone con disabilità andrà progressivamente meglio articolata garantendo la priorità delle cure a domicilio, raccordando gli interventi sociali con quelli sociosanitari e sanitari, anche al fine di fornire supporto alla famiglia così come previsto dai LEA 2017 all'art. 22. . Risulta inoltre importante procedere con coraggio con le politiche innovative e le sperimentazioni nell'ambito del welfare comunità (reti di prossimità). In questa direzione andrà potenziato, nei PreSST, il ruolo dei "centri di servizio" (servizi di valutazione multidimensionale e per la definizione del progetto di assistenza individuale declinato per le diverse fasi del ciclo di vita) anche nella prospettiva di una necessaria interconnessione e raccordo con i medici di assistenza primaria. Una nuova politica abitativa per la popolazione anziana e per le persone con disabilità promuovendo soluzioni abitative di Cohousing/Housing, che siano dotate delle più moderne e avanzate tecnologie domotiche (casa intelligente) per renderle pienamente fruibili a persone che vivono anche sole e possono avere compromissioni funzionali. Possono essere sperimentate queste nuove soluzioni abitative, peraltro già presenti sul territorio regionale, anche all'interno di modelli organizzativi in cui si integra una pluralità di offerta (ad esempio servizi residenziali, 26 diurni, domiciliari, ambulatoriali) con capacità di assicurare risposte diversificate di carattere sociale e sociosanitario ed offrire soluzioni di "abitare protetto" mediante anche l'uso della domotica. Anche in questo settore la libertà di scelta si coniuga con un potenziamento delle varietà di soluzioni possibili adeguatamente interconnesse. Monitoraggio e valutazione La variabilità tra i diversi erogatori di cure domiciliari e la diversa diffusione dei servizi nei territori, impongono la creazione e l'utilizzo costante di un set di indicatori finalizzati a individuare:

- la provenienza delle persone
- le caratteristiche cliniche e sociali
- il livello di autonomia
- le attività e le prestazioni



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

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

- analisi dei dati, con particolare riferimento alla malattia di Alzheimer, anche attraverso l'istituzione di specifici registri,
- definizione e condivisione di PDTA che assicurino appropriatezza e sostenibilità delle cure;
- ruolo del Medico di medicina generale in particolare nelle fasi precoci e di sospetto diagnostico, per l'appropriato invio ai CDCD e la cura delle copatologie;
- creazione di una rete di CDCD che facilitino l'accessibilità alla diagnosi, cura e monitoraggio della malattia, anche attraverso l'utilizzo di numeri verdi dedicati,
- coordinamento tra i servizi sanitari, sociosanitari, assistenziali e sociali; 28
- sviluppo di servizi che permettano la permanenza dei malati al domicilio il più a lungo possibile e supportino la famiglia e il caregiver anche in raccordo con le misure FNA e ad esempio potenziando i gruppi di mutuo aiuto tra famiglie presso i Consultori);
- individuazione di soluzioni semiresidenziali e residenziali specifiche e innovative;
- sviluppo di un sistema informativo adeguato alle necessità di comunicazione tra setting di cura e assistenza;
- collaborazione con gli Enti Locali e le Associazioni di volontariato e mutuo aiuto per integrare le risposte ai bisogni complessi espressi e sostenere le famiglie e i care giver;
- monitorare i risultati, le sperimentazioni in atto, le criticità emergenti. Piano per l'autismo Nonostante i notevoli investimenti di Regione Lombardia per offrire risposte ai bisogni dei soggetti affetti da disturbi dello spettro autistico, i percorsi di diagnosi, cura,

riabilitazione, assistenza e inserimento sociale sono ancora troppo spesso frammentati e il carico per integrare le risposte in un percorso unitario ricadono ancora sulle famiglie. Numerose sono le sperimentazioni in ambito sociosanitario che hanno proposto soluzioni innovative ai complessi bisogni delle persone e dei loro familiari: è necessario sistematizzare gli interventi valutati efficaci e sostenibili e assicurarne l'accessibilità in tutto il territorio. In particolare, emergono difficoltà nella gestione della transizione dalla minore alla maggiore età e nella cura dei disturbi del comportamento di soggetti adulti con disturbo autistico ad alto funzionamento. Il GAT regionale, promuovendo la massima integrazione delle professionalità e specialità che operano in questo ambito, dovrà proporre soluzioni nei seguenti ambiti:

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

## RETE SOCIO SANITARIA

Il sistema dei servizi sociosanitari lombardi si caratterizza per una riconosciuta elevata qualità, che lo ha reso un punto di riferimento del sistema di welfare a livello nazionale. Il sistema sociosanitario lombardo si sta da tempo orientando verso un progressivo spostamento dei servizi dall'ospedale al territorio, rafforzando nel contempo l'integrazione tra i due ambiti. In questa prospettiva, la rete dei servizi sociosanitari ha un ruolo chiave ed insostituibile nella attuazione dei percorsi di assistenza e cura rivolti in particolare alla presa in carico dei soggetti fragili. La rete delle unità d'offerta sociosanitarie comprende servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari rivolti:

- agli anziani: residenze sanitarie assistenziali (RSA) e centri diurni integrati (CDI),
- ai disabili: residenze sanitarie assistenziali per disabili (RSD), comunità sociosanitarie per disabili (CSS), centri diurni disabili (CDD),
- alle famiglie: consultori familiari,
- alla fase terminale della vita: hospice e cure palliative domiciliari,
- ai soggetti affetti da dipendenze patologiche: servizi territoriali, comunità, servizi diurni,
- ai soggetti fragili in generale: assistenza domiciliare integrata (ADI) e degenze di comunità. Si tratta di una rete di servizi capillarmente diffusa sul territorio regionale, a cui è necessario dare nel prossimo futuro ulteriore impulso e sviluppo. Lo sviluppo della rete si articolerà sui seguenti ambiti:
  - rafforzare gli interventi a sostegno della domiciliarità, essendo questo il livello assistenziale in cui maggiormente si integrano i servizi della rete informale con effetti positivi in termini di qualità di vita e sostenibilità rispetto all'evoluzione dei bisogni;
  - assicurare, anche attraverso la stabilizzazione delle sperimentazioni in essere, la "presa in carico" globale, integrata e flessibile destinata a:
    - sostenere la domiciliarità delle persone anziane con disabilità complesse;
    - sviluppare percorsi di supporto alla domiciliarità attraverso specifiche misure di sostegno del caregiver familiare •

assicurare forme di “residenzialità protetta/assistita” – intermedie tra domicilio e Struttura residenziale - capaci di ritardare il più possibile il ricovero in Struttura residenziale sostenendo le capacità residue o percorsi di vita autonoma;

- favorire l’apertura delle strutture residenziali a persone che vivono al proprio domicilio e presentano bisogni complessi non affrontabili da parte della tradizionale rete territoriale dei servizi semiresidenziali;

- favorire forme di accoglienza “temporanea” volta a sostenere specifiche esigenze del care giver sia familiare che professionale;

- assicurare, anche attraverso una revisione degli attuali standard gestionali dei servizi dedicati agli anziani e alle persone con disabilità, risposte più mirate. Misure a favore della popolazione fragile Si tratta di forme di intervento, innovative e flessibili, finalizzate alla presa in carico di anziani e minori, in condizioni peculiari di fragilità e/o vulnerabilità nonché al contemporaneo sostegno del nucleo familiare nelle sue funzioni di accudimento e cura. In particolare, per la popolazione anziana risultano attive le misure residenzialità assistita, RSA aperta e residenzialità assistita per religiosi/e mentre per i minori sono in essere le misure residenzialità per disabili gravissimi e comunità per vittime di abuso e grave maltrattamento. Attraverso tali misure vengono erogati servizi/prestazioni in risposta a bisogni che, per le loro peculiarità, non trovano soluzione all’interno della rete consolidata dei servizi. Nello specifico:

- la misura Residenzialità assistita si rivolge a: o persone anziane fragili, residenti in Lombardia e prioritariamente al proprio domicilio, di età di norma pari o superiore ai 65aa, anche con patologie croniche, anche di tipo psichiatrico, 30 stabilizzate, che si trovano in condizione di difficoltà e/o isolamento per la mancanza di una rete in grado di fornire un adeguato supporto al domicilio e che necessitano di supervisione/care management e di prestazioni sociosanitarie in un ambiente di tipo familiare e/o socializzante; o religiosi/e anziani/e non autosufficienti che, in ragione della loro specifica e particolare storia di vita comunitaria, vengono assistiti presso la loro dimora abituale, convento o comunità religiosa;

- la misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità è rivolta a minori in condizioni di stabilità clinica, che necessitano di assistenza continua, sanitaria e tutelare, nell'arco delle 24 ore, che non può essere, di norma, garantita nel proprio contesto di vita;
- la RSA aperta è una misura rivolta a persone con demenza certificata e ad anziani non autosufficienti di età pari o superiore a 75 anni, riconosciuti invalidi civili al 100%. Si caratterizza per l'offerta di interventi di natura prioritariamente sociosanitaria, finalizzati a supportare la permanenza al domicilio e a sostenere il mantenimento, il più a lungo possibile, delle capacità residue delle persone beneficiarie, rallentando, ove possibile, il decadimento delle diverse funzioni, evitando e/o ritardando il ricorso al ricovero definitivo in struttura. La misura intende offrire inoltre un sostegno al caregiver nell'espletamento delle attività di assistenza;
- la misura per minori vittime di abuso e/o di grave maltrattamento è finalizzata ad assicurare prestazioni di natura sociosanitaria nel percorso di protezione/tutela e recupero del minore, allontanato su provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, inserito all'interno di strutture comunitarie. Nel completamento del processo di stabilizzazione delle misure sarà data specifica attenzione al rafforzamento dell'integrazione della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali e verrà sostenuto l'obiettivo della prossimità dei servizi/interventi in un'ottica di facilitazione e sostegno alla famiglia. In relazione alle diverse misure e ai relativi target di popolazione, verranno perseguiti i seguenti obiettivi specifici:
  - implementazione dei servizi di RSA aperta a sostegno della domiciliarità;
  - consolidamento ed eventuale implementazione dei servizi di RSA aperta, dedicati alla popolazione affetta da demenza;
  - rimodulazione dell'offerta dei servizi di residenzialità assistita a sostegno della popolazione anziana vulnerabile e fragile anche attraverso l'eventuale ridefinizione delle tipologie di unità d'offerta alla stessa destinate e valutazione degli esiti dei cosiddetti "percorsi di autonomia" finanziati con risorse comunitarie mediante voucher individualizzati per l'accesso ai servizi;

- consolidamento dell'offerta di residenzialità a favore di religiosi/e anziani/e non autosufficienti;
- consolidamento e rafforzamento della misura a favore dei minori con gravissima disabilità al fine di assicurare il mantenimento e la continuità della presa in carico del minore in un ambiente di tipo familiare, alternativo all'ospedale;
- monitoraggio degli interventi di natura sociosanitaria a favore dei minori vittime di abuso e grave maltrattamento inseriti in contesti comunitari. Monitoraggio e valutazione È necessario individuare indicatori specifici e sintetici quali:
  - Numero dei soggetti e delle famiglie coinvolte
  - Durata della permanenza in ambito domiciliare o semiresidenziale
  - Caratteristiche cliniche sociosanitarie e sociali dei beneficiari anche al fine di orientare lo sviluppo dei servizi e di consolidare le misure proposte

31 Sperimentazioni Nell'ambito regionale lombardo sono in essere diverse progettualità sperimentali che fanno riferimento ai sotto riportati ambiti: - riabilitazione di soggetti disabili, prevalentemente di minore età, attivate ai sensi della DGR n. 3239/12 e s.m.i.; - case management rivolte a soggetti con disturbi dello spettro autistico e alle loro famiglie, attivate ai sensi della DGR n. 392/13 e s.m.i. Regione Lombardia si impegna a portare a compimento il processo di stabilizzazione al fine di garantire la continuità degli interventi. Integrazione con le Politiche Sociali È necessario premettere che le prestazioni sociosanitarie si rivolgono a persone definite "fragili" sul piano psico-fisico, per le quali la struttura della salute deve contenere risposte anche sotto il profilo ambientale, familiare e delle condizioni economiche. Se gli interventi di cura non sono adeguatamente supportati da azioni che facilitano il mantenimento/reinserimento nell'ambiente di vita, la loro efficacia è limitata e rimane aperto il problema della vulnerabilità sociale. L'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari e sociosanitari diventa quindi una necessità "imperativa" per organizzare risposte globali e integrate, così come la governance istituzionale deve guidare i processi che stanno alla base della tutela della salute e della qualità di vita delle persone fragili. L'integrazione sociosanitaria diventa un obiettivo non più procrastinabile e diventa essenziale il

coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, sulla base di progetti assistenziali personalizzati. Il raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie consente di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati, con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio. I bisogni complessi richiedono una valutazione che tenga conto di diversi aspetti, situazione psico-fisica della persona con particolare riferimento all'autonomia funzionale, contesto di vita e di relazione, risorse reddituali e tutto questo richiede un approccio multidimensionale. Scopo primario della valutazione multidimensionale è la misurazione dello stato di salute della persona, del grado di autonomia e di autosufficienza, delle risorse personali e familiari sulle quali può contare e delle condizioni economiche che possono condizionare, qualora non autosufficiente, la sua permanenza nell'ambiente di vita. Dalla valutazione multidimensionale deriva la formulazione del Progetto Individuale. Gli indirizzi regionali degli ultimi anni si sono mossi per l'appunto in questa direzione, strutturando il sistema lungo due direttrici principali: ▪ la presa in carico globale della persona; ▪ la differenziazione delle risposte in relazione ai bisogni della persona e della famiglia. Tali direttrici trovano il loro fondamento da un lato sulla rete consolidata di unità di offerta e/o di servizi, costituente il primo pilastro del welfare, e dall'altro insieme di risposte integrate, flessibili e modulabili governate dal sistema. In questi anni diversi provvedimenti regionali affrontando il tema della disabilità, della fragilità e della vulnerabilità, hanno posto l'obiettivo prioritario di adeguare il sistema sociosanitario lombardo alle nuove complessità emergenti, fornendo risposte innovative, flessibili e appropriate alle persone fragili, in molti casi non prese in carico dalla tradizionale rete dei servizi. In coerenza con quanto stabilito dalla norma regionale per realizzare l'integrazione dovrà essere ulteriormente sistematizzata la dimensione centrale della presa in carico della persona basata sulla valutazione multidimensionale del bisogno. Le persone fragili e le loro famiglie possono quindi trovare risposte, non solo nella rete consolidata afferente al sistema sociale o al sistema

sociosanitario, ma anche in percorsi personalizzati flessibili e integrati che si affiancano al sistema d'offerta standardizzato e non sono catalogabili come appartenenti esclusivamente ad uno dei due sistemi. 32 Nel quadro normativo definito dalla l.r. n. 23/2015 occorre adottare strumenti e modalità di regolamentazione relativamente alla governance e ai modelli organizzativi anche territoriali ed un riallineamento tra i livelli della programmazione sociale con quelli della programmazione sociosanitaria. L'integrazione della Rete Sociosanitaria con le politiche sociali ha lo scopo di mantenere la persona fragile nel proprio contesto di vita, valorizzando anche il lavoro di cura e di assistenza svolto dalla famiglia e dai caregiver formali. In tale contesto, le ATS svolgono un ruolo di governance su molte attività anche di carattere sociale, sia per la necessità di rispondere contestualmente anche a bisogni socio – sanitari, sia per prevenire l'evolversi della vulnerabilità sociale in fragilità sociosanitaria e/o sanitaria o ancora per la indispensabilità di promuovere sinergie ed integrazione delle professionalità e delle competenze al fine di realizzare un progetto personalizzato adeguato e corrispondente ai bisogni della persona. Nell'ambito della presa in carico integrata delle fragilità devono trovare posto ad esempio le demenze, la disabilità con particolare riferimento ai minori (e/o adolescenti (autismo, disturbi comportamentali dello sviluppo, difficoltà relazionali, vittime di bullismo ecc.), le problematiche di salute mentale con doppia diagnosi di dipendenza ovvero in situazione di grave marginalità, persone affette da ludopatia, percorsi specifici di sostegno alla donna vittima di violenza ecc. Sono bisogni necessitanti di assistenza e interventi flessibili, valutazione degli aspetti sociali, sociosanitari e sanitari, integrazione delle professionalità e delle competenze e sviluppo di un progetto personalizzato che tocchi tutte le dimensioni di vita della persona e della sua famiglia, con identificazione di un budget di cura e la definizione di costi standard di prestazioni/interventi. La Governance dell'integrazione Nella prospettiva sopra descritta, la l.r. 23/2015 ha avviato un riordino complessivo del sistema di welfare regionale con l'obiettivo di riformare i pilastri organizzativi del sistema, definire nuove strategie di lungo periodo e consolidare il quadro della



governance per offrire nuove risposte ai bisogni complessi, rafforzare la dimensione della programmazione e potenziare il livello di integrazione tra i settori sanitario, sociosanitario e sociale. Due in particolare sono gli strumenti individuati: “Dipartimento della programmazione per l’integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali” e l’attribuzione alla Cabina di Regia di “funzioni consultive rispetto alle attività del Dipartimento”. In tal modo, si realizza un potenziamento della funzione di governance dell’ATS che, nella costante interlocuzione con i comuni associati (Piani di Zona), vede rafforzato il ruolo di regia su molte attività di carattere sociale, anche in funzione della promozione di sinergie e integrazione delle professionalità e delle competenze al fine di realizzare piani di intervento assistenziali individuali adeguati e corrispondenti ai bisogni della persona. La Cabina di Regia risponde così alle necessità di integrare operativamente la rete socio-sanitaria con quella sociale e costruire risposte unitarie ai bisogni espressi dal territorio. Monitoraggio e valutazione Sono da prevedere interventi di valutazione degli accordi e dei progetti integrati sanitari, sociosanitari e sociali, anche sperimentali. Vanno potenziate le attività di valutazione multidimensionale integrata con la partecipazione di ASST e Ambiti territoriali/Comuni e la predisposizione del Progetto individuale con relativo Budget.

#### **SALUTE MENTALE E DIPENDENZE**

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

indirizzi, per la prima volta, il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019 affronta congiuntamente tali ambiti dando effettiva attuazione agli innovativi presupposti normativi e organizzativi e individuando aree di programmazione e intervento comuni per il sistema di cure di una delle fasce più fragili e, al tempo stesso, più giovani della popolazione. L'approccio coordinato ha quali obiettivi prioritari il miglioramento della qualità delle cure offerte, il raggiungimento di maggiori risultati sia in termini di risoluzione delle problematiche che di decorso delle patologie, la diminuzione dei costi della malattia psichica a livello personale, familiare, sociale e, in definitiva, anche economico. Vengono di seguito indicati 4 indirizzi prioritari, comuni per Salute Mentale e Dipendenze – che dovranno costituire oggetto di riflessione e riorganizzazione per promuovere un profondo mutamento culturale: Implementare Diagnosi precoce e interventi tempestivi I Servizi Psichiatrici, le UONPIA e i Servizi per le Dipendenze condividono un'importante problematica: i lunghissimi tempi di latenza tra la comparsa dei primi sintomi e l'inizio delle cure; questo periodo di “malattia non trattata” incide fortemente sugli esiti delle cure, peggiorandone la prognosi, il decorso e la mortalità. L'integrazione tra Salute Mentale e Dipendenze rappresenta un'occasione unica per attuare un importante cambiamento culturale e organizzativo, ricollocando i Servizi sulle prime fasi della malattia, quando le possibilità di modificare la storia della persona sono molto più elevate: diagnosi precoce e intervento tempestivo devono diventare i 2 paradigmi entro cui declinare le possibilità di intervento per aumentare il numero delle guarigioni, migliorare il decorso, evitare la cronicizzazione. I pazienti nelle fasi più avanzate della malattia – su cui oggi i Servizi sono fortemente impegnati e investono la maggior parte delle energie – continueranno a essere seguiti adeguatamente, ma si cercherà in ottica programmatica di spostare parte delle risorse su possibilità di aggancio precoce, proprio per diminuire in futuro la popolazione di persone in situazione di cronicità. Rivedere il concetto di cronicità In ottica programmatica è importante non confondere l'intervento tardivo con la natura della patologia e tenere nella giusta considerazione i risultati ottenuti sia in relazione alle guarigioni, sia in relazione ai miglioramenti nel

decorso per organizzare i Servizi con una maggior centratura sulle fasce giovanili della popolazione e diffondere una cultura meno pregiudiziale e stigmatizzante. Combattere pregiudizio e stigma L'OMS individua nel pregiudizio e nella paura che ancora connotano le patologie dell'area psichica uno dei principali fattori di ritardo nell'inizio delle cure, ostacolo a un approccio più realistico e positivo. La motivazione dei pazienti e dei loro familiari è fortemente minata da false credenze e scarse conoscenze che portano a pensare che non ci sia alcuna possibilità di risoluzione. Ancora più cruciale risulta l'atteggiamento degli operatori sanitari che spesso sono i primi a esitare di fronte alla possibilità di riconoscere precocemente la patologia e ad effettuare corretti invii ai Servizi di cura. Sono necessarie azioni trasversali di formazione e conoscenza tra i differenti operatori dei DSMD e, più in generale, tra gli operatori sanitari per promuovere un forte cambiamento culturale. Potenziare la fiducia nei Servizi e nelle possibilità di cura 34 La riorganizzazione e l'integrazione tra Servizi per la Salute Mentale e Servizi per le Dipendenze delineata dal quadro normativo può essere un'importante occasione per creare un nuovo patto fiduciario tra Servizi e popolazione. Lo sforzo organizzativo deve essere teso a generare un circolo virtuoso in cui l'intervento precoce dimostri la possibilità di ottenere risultati, diffondendo un approccio più realistico e ottimista e creando la fiducia imprescindibile per avviare qualsiasi percorso terapeutico, in particolare nell'area della salute mentale. I servizi rivolti agli adolescenti, caratterizzati da multidisciplinarietà e multi-professionalità, capacità di risposte differenziate e flessibili, che superano le artificiose separazioni basate sull'età o sulla patologia prevalente, con una forte tensione alla integrazione, alla tempestività, ne rappresentano un esempio da sperimentare e monitorare Le azioni fondamentali per attuare quanto sopra esplicitato sono:

- attivare iniziative di comunicazione - anche attraverso i media – per modificare l'attuale percezione pessimistica e priva di prospettive della patologia psichica, in particolare delle dipendenze;

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

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

**Psichiatria** La principale problematica relativa all'ambito psichiatrico riguarda il fatto che attualmente oltre il 70% della spesa riguarda il sistema della residenzialità, sistema che coinvolge meno del 5% dei pazienti in carico ai DSMD. Tale organizzazione non risponde alle esigenze della maggior parte dei pazienti, ma soprattutto si trova spesso a vicariare bisogni sociali, a trattare patologie organiche non di pertinenza psichiatrica, a risolvere problematiche relative all'età avanzata dei pazienti con modalità poco flessibili e non appropriate. È indicazione prioritaria la revisione della residenzialità e l'individuazione di meccanismi più flessibili e centrati sui percorsi (ad es sperimentazioni budget di salute) che riportino l'asse dell'intervento sulla territorialità. Le stesse risorse oggi interamente dedicate alla residenzialità possono essere utilizzate per seguire un maggior numero di pazienti sul territorio in modo intensivo e al tempo stesso, attraverso un circuito virtuoso, liberare posti in Comunità per i pazienti in fase acuta o critica che non sempre trovano un'adequata collocazione nella realtà attuale. Al fine di realizzare concretamente un efficiente servizio di cure territoriali, è necessario riorganizzare i Centri Psicosociali, rafforzandone le competenze, differenziando i percorsi e l'organizzazione anche a seconda della tipologia dei pazienti che vi accedono, definendo i

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

35 Altre problematiche su cui l'ambito psichiatrico deve focalizzare l'attenzione riguardano i disturbi della personalità, i disturbi dell'umore (in particolare la depressione perinatale), i disturbi emotivi cercando sempre uno sguardo preventivo per il riconoscimento precoce e il tempestivo intervento multidisciplinare. Il periodo della gravidanza e dei primi mesi di vita del bambino costituisce una finestra significativa per cogliere le situazioni di rischio psichico e psicosociale. L'intercettazione di fragilità in tale periodo, e di conseguenza il relativo trattamento, è realizzabile a fronte di un coordinato intervento tra diversi servizi e professionalità (DSMD, Consultori, servizi dell'ambito materno infantile, servizi sociali). La conoscenza e l'identificazione dei fattori di rischio soggettivi e familiari può favorire l'intervento tempestivo in contesti specifici e in soggetti precocemente intercettabili. Di particolare gravosità risulta la gestione dei Disturbi di Personalità, che in questi ultimi anni si sono rivelati particolarmente incidenti. Le Unità Operative e i Servizi che afferiscono ai DSMD devono raccordare la propria attività al fine di mettere in campo azioni integrate tra professionisti limitando la frammentazione della risposta sociosanitaria che spesso si traduce nella mancata aderenza al trattamento con compromissione dell'esito in salute. La maggior parte dei pazienti trattati nel circuito psichiatrico è, e sempre più lo sarà in futuro, anche utilizzatore di sostanze: il superamento del concetto di Doppia Diagnosi e la necessità di un approccio integrato

basato sulla centralità della persona è ben rappresentato dalla “Carta dei Servizi dei Pazienti con Disturbi Psichiatrici e Disturbi da Uso di Sostanze e Addiction” ( Roma Ottobre 2017) redatta dalle tre principali Società Scientifiche del settore. A tale documento si rimanda per le indicazioni organizzative e operative relative alla presa in carico e al trattamento dei pazienti. Dipendenze L’inserimento del Disturbo da Gioco d’Azzardo nei LEA 2017 ha sancito il diritto al trattamento dei pazienti affetti da tale patologia presso i Servizi per le Dipendenze prevedendo anche la possibilità di trattamenti residenziali. Regione Lombardia – che già nel 2013 aveva promulgato una specifica normativa (L.R. n° 8/2013 “Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d’azzardo patologico”) - ha varato un Programma di Attività per il Contrasto al Gioco d’Azzardo Patologico (Deliberazione n° XI/585 del 1/10/2018). Una specifica emergenza che vede impegnato l’ambito sanitario e socio-sanitario, ma anche quello dell’ordine pubblico e della sicurezza sociale, è una nuova modalità di diffusione delle sostanze attraverso i parchi (la zona di Rogoredo in particolare, ma purtroppo anche altri territori lombardi). Il Piano elaborato a Milano - che ha visto il coinvolgimento delle massime Autorità cittadine - e che verrà strettamente monitorato nei suoi esiti costituirà un modello di riferimento e riflessione, eventualmente esportabile anche in altre zone. A tale proposito, risulta di fondamentale importanza attrezzare i Laboratori dedicati alle analisi tossicologiche rispetto alla ricerca delle nuove sostanze per permettere un intervento mirato e tempestivo. Un’altra innovazione che appare indispensabile nella filiera degli interventi per le dipendenze è la possibilità di ricovero per disintossicazione e/o osservazione diagnostica in ambiente protetto che attualmente avviene impropriamente negli SPDC o, addirittura, in Reparti di Pediatria. L’accesso dal PS di giovani in stato di evidente alterazione o di overdose non può essere oggetto di un intervento terapeutico che ha quale obiettivo una veloce dimissione che non contribuisce a rendere consapevole il ragazzo e i propri familiari della gravità del problema. NeuroPsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza L’investimento nell’ambito dei disturbi neuropsichici dell’infanzia e adolescenza è reso strategico da

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

- L'introduzione di criteri di priorità mirati per gli accessi e per gli interventi terapeutici (triage), che tengano in considerazione età, profilo di funzionamento, comorbidità, fattori di rischio, modulando di conseguenza tempestività, intensità e specificità degli interventi e ponendo particolare attenzione ai primi anni di vita, all'età pre-adolescenziale, alle fasi di transizione e agli interventi sul contesto di vita; 36
- Il completamento della rete coordinata prevista tra UONPIA e riabilitazione per l'età evolutiva, e la strutturazione di network per i principali disturbi NPIA, secondo il modello già in atto per l'ADHD;
- L'introduzione di interventi di telemedicina e teleriabilitazione;
- Il completamento di un sistema integrato di risposta all'acuzie psichiatrica in adolescenza, che garantisca in modo omogeneo ed appropriato la gestione di base nell'ambito nella rete dell'emergenza-urgenza, e la gestione specialistica e la necessità di ricovero in alcuni punti di secondo livello, attivando inoltre interventi appropriati per la gestione della pre e post acuzie nei territori
- L'implementazione di risposte differenziate in base ai livelli di complessità e tecnologia necessari nelle patologie neurologiche dell'età evolutiva.
- Una puntuale attenzione al tema della continuità assistenziale nel delicato passaggio alla maggiore età dei minori presi in carico anche attraverso strutture finalizzate.

Monitoraggio e Valutazione La forte componente innovativa che connota l'integrazione di aree in precedenza afferenti ad ambiti diversi necessita di uno stretto monitoraggio per valutare gli esiti di tale processo. Tale monitoraggio non può prescindere dall'analisi coordinata dei flussi informativi che per alcune aree (Psichiatria e Dipendenze) risultano già consolidati negli anni e che devono invece essere implementati per l'area della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza. La

possibilità di incrociare e di far “parlare” i vari sistemi fra loro risulta imprescindibile in particolare per l'intervento sui giovani che vede spesso coinvolte contemporaneamente le 3 aree citate. Anche le sperimentazioni in atto (Piano GAP, Autismo, Budget di Salute ecc.) devono essere oggetto di attenta valutazione come peraltro previsto nelle relative progettualità

#### RETE OSPEDALIERA

La legge 23/2015 ha delineato un nuovo assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie, riunendo sotto un'unica direzione i poli Ospedalieri e i Servizi Sanitari e Sociosanitari territoriali, al fine di favorire il “continuum” del percorso di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del paziente. Oltre ai poli ospedalieri delle ASST, la competenza specialistica è completata dalla ricca e qualificata offerta di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, rappresentata in Regione Lombardia dalla consolidata presenza dei Presidi ospedalieri privati accreditati che, soprattutto in taluni ambiti, sono una componente essenziale del Sistema Sanitario Regionale. In tale contesto organizzativo si innesta la rete formativa universitaria, pubblica e privata, che individua i Poli Universitari e i Presidi di riferimento per le attività di insegnamento e ricerca, elementi essenziali per lo sviluppo continuo della qualità delle cure e della innovazione in sanità. 39 L'intera offerta ospedaliera lombarda da anni, oltre ad assicurare al cittadino il diritto alla libertà di scelta della struttura a cui affidarsi, garantisce ottimi livelli qualitativi di assistenza, oggettivamente documentati dai dati di attività e di esito, e dall'attrattività esercitata nei confronti di cittadini provenienti da fuori regione. Diversi sono oggi i fattori critici che rischiano di ridurre, se non adeguatamente affrontati, l'efficienza del sistema: su tutte, la costante e crescente domanda di prestazioni tecnologicamente avanzate espressa da pazienti con patologie in fase acuta, e la necessità di prestazioni, quantitativamente rilevante, riferita ai pazienti cronici, pluripatologici, anziani. Tutto questo si traduce in una incrementale richiesta di risorse umane, tecnologiche e strutturali. La sfida dei prossimi anni è quella di trasformare queste esigenze in un'opportunità di ulteriore miglioramento organizzativo, rafforzando il ruolo programmatico regionale. Attraverso una



attenta, consapevole e convinta azione programmatica, basata sulla analisi dei fabbisogni di salute attuali e futuri, si possono e si devono:

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

svolgere una incisiva azione di “gouvernement” attraverso un’efficace “alliance” con gli stakeholders, affinché si riesca a condividere quanto più possibile l’azione di riordino e di armonizzazione della rete ospedaliera, con l’unico obiettivo di realizzare un ulteriore miglioramento dello stato di salute dei cittadini, assicurando il più efficiente utilizzo delle risorse oggi disponibili e che potranno essere ulteriormente messe a disposizione a livello nazionale e regionale nel prossimo futuro, in costante relazione con la domanda di salute. Fondamentale sarà la capillare comunicazione degli obiettivi che si intendono perseguire e delle motivazioni tecniche che li supportano: a loro volta le proposte tecniche dovranno essere approfonditamente preparate attraverso il coinvolgimento dei referenti più autorevoli del mondo clinico e scientifico, degli organismi rappresentativi degli operatori, delle associazioni dei pazienti e delle istituzioni territoriali. La definizione della rete ospedaliera per acuti deve essere coerente ed integrata con la programmazione della rete di offerta delle degenze di comunità e con tutti i servizi di cura e assistenza territoriali. Il sistema sociosanitario lombardo ha costruito nel tempo una rete di offerta articolata e differenziata, con capacità di innovazione, di coinvolgimento di risorse pubbliche e private, di ricerca, di partecipazione attiva degli stakeholders, anche attraverso forme di associazionismo. Tuttavia, a fronte della complessità della domanda di salute che richiede competenza, tecnologie, elevata specializzazione e a fronte di una popolazione con livelli sempre maggiori di fragilità e cronicità, l’attuale sistema necessita di definire i diversi livelli di cura superando contestualmente la frammentazione dei processi erogativi che ancora persistono. Il processo di trasformazione delle strutture ospedaliere recentemente avviato rappresenta un’opportunità di svolta organizzativa che deve essere promossa con l’intento di meglio adattare i processi di offerta in risposta ai profondi cambiamenti della domanda di salute e all’aumento di fasce di pazienti a forte necessità di integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociosanitaria. 40

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

i volumi delle prestazioni erogate ▪ la appropriatezza delle stesse ▪ le risorse impiegate ▪ i costi sostenuti per la produzione. Da alcuni anni Regione Lombardia individua, all'interno di un cruscotto di governo continuativamente aggiornato, alcuni indicatori atti a valutare la qualità delle cure erogate, sia in termini di processo che di esito, permettendo un confronto tra i diversi erogatori sia a livello regionale che nazionale. Regione Lombardia, ATS, ASST, Erogatori privati accreditati devono monitorare tali indicatori, promuoverne la conoscenza e la condivisione tra tutti gli operatori sanitari, renderli trasparenti e comprensibili anche per i pazienti, integrarli nella definizione degli obiettivi in modo graduale.

#### RETI CLINICO ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVE

Un sistema sanitario improntato a principi di efficienza, efficacia, qualità e sicurezza, sostenibilità economica deve, innanzitutto, realizzare percorsi che consentano di gestire in modo appropriato ciascuna fase della malattia, sia quella che richiede il ricovero in centri ad elevata specializzazione ed elevata complessità organizzativa, sia quelle che necessitano di ricovero in strutture a minore intensità diagnostica e assistenziale, oppure di essere gestita al domicilio del paziente, in condivisione con il medico di famiglia, con conseguenti rilevanti vantaggi per il paziente, la sua famiglia e l'intero sistema. Uno strumento utile per assicurare la corretta presa in carico del paziente nei diversi setting di cura è la declinazione di reti di clinico assistenziali e organizzative, basate sulla continuità di cura e l'appropriatezza clinico-assistenziale. Le reti devono individuare i nodi e le relative connessioni, definire le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio e gli indicatori di processo e di esito, i requisiti di qualità e sicurezza dei percorsi di cura, di qualificazione e formazione dei professionisti e le modalità di accesso dei pazienti, fino a prevedere le necessarie modalità di interconnessione delle reti tra loro per consentire risposte adeguate anche nelle situazioni pluripatologiche, sempre più frequenti nella situazione reale. Devono sapere coniugare il diritto alla accessibilità e prossimità delle cure con la sostenibilità delle stesse, che richiede di concentrare altissima specializzazione e tecnologia in pochi centri fortemente connessi con i nodi più periferici delle reti. Devono

assicurare attenzione ai problemi socioassistenziali dei pazienti, attenzione fondamentale per garantire una buona qualità della vita. Multidisciplinarietà e multi professionalità, evidence based medicine e nursing, equità di accesso alle cure, definizione del ruolo dei diversi nodi della rete e dei diversi professionisti, continuità della presa in carico, centralità del paziente, promozione dei percorsi formativi, informazione della popolazione generale ed empowerment del paziente, sono i cardini che devono guidare lo sviluppo delle reti clinico-assistenziali. Per realizzare gli obiettivi delle reti è necessario operare secondo tre direttrici di sviluppo: la condivisione dei percorsi clinico-assistenziali, l'implementazione gestionale-organizzativa, l'informazione degli utenti e formazione dei professionisti.

- Ambito clinico-assistenziale: sulla base dei dati epidemiologici, delle conoscenze scientifiche e della rilevazione continua dei risultati, i professionisti coinvolti nel percorso di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della specifica patologia/ situazione clinica, definiscono e tengono aggiornati i percorsi di cura e assistenza, distribuendo tra i diversi setting le più appropriate modalità di accoglienza dei pazienti nelle diverse fasi;

- Ambito gestionale-organizzativo: la programmazione regionale, anche per il tramite dell'azione delle Agenzie Territoriali della Salute, sviluppano la rete, attribuendo le risorse adeguate ai diversi nodi e servizi, monitorandone la corretta allocazione e l'appropriato utilizzo, nonché il raggiungimento dei risultati attesi in termini di appropriatezza, accessibilità, equità, tempestività, qualità ed esito;

- Ambito informativo-educativo-formativo: la rete deve pianificare i percorsi formativi e di aggiornamento degli operatori, assicurare interventi educativi per i pazienti e i care-giver e sviluppare contestualmente un adeguato percorso comunicativo e informativo rivolto ai cittadini e finalizzato ad orientare il suo tempestivo e appropriato ingresso nel sistema sociosanitario. Si possono distinguere almeno 4 diverse tipologie di reti clinico-assistenziali, che richiedono strategie di intervento differenziate e flessibili: 41

- Reti a prevalente sviluppo territoriale: riguardano le malattie croniche (diabete- BPCOScompenso cardiaco), sono basate sul ruolo prevalente del medico di medicina generale che si avvale della

consulenza specialistica e prevedono una forte responsabilizzazione del paziente nel percorso di cura;

- Reti tempo dipendenti (IMA, Stroke, trauma): necessitano una razionale organizzazione del soccorso sanitario territoriale 118 e una adeguata rete ospedaliera dell'emergenza urgenza. Si procederà ad un aggiornamento della classificazione dei presidi ospedalieri sede di pronto Soccorso, DEA di I° e di II° livello, che dovranno assicurare i requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale e, in parallelo, alla riclassificazione della rete ospedaliera; il complesso delle reti tempo-dipendenti costituisce una delle aree di rischio clinico 1 rispetto alle quali è necessario porre attenzione e sviluppare percorsi dedicati;
- Reti ad alta specializzazione e tecnologia (ROL, REL, RENE, Rete delle malattie rare, Terapia del dolore, Sclerosi Multipla, SLA): richiedono la individuazione di poli Hub, che assicurano la presenza di specialisti dedicati e tecnologia avanzata, e di poli Spoke, fortemente connessi, con un ruolo attivo dell'Università nell'innovazione e la ricerca, di una declinazione in servizi centralizzati e diffusi sul territorio, senza soluzione di continuità nei percorsi;
- Reti a forte integrazione assistenziale e sociale (rete demenze, rete autismo): richiedono l'attivazione di servizi sociosanitari, assistenziali e sociali, multidisciplinari, fortemente integrati anche con la comunità locale e con la valorizzazione del ruolo di case management. In tutti i percorsi che sottendono allo sviluppo delle reti deve essere previsto il ruolo attivo del MMG/PLS, dell'associazione dei malati e del volontariato, oltre che degli specialisti e degli altri operatori sanitari e sociosanitari. Deve essere prevista la raccolta sistematica delle informazioni, anche attraverso la istituzione di specifici registri, per la valutazione degli esiti, l'orientamento e lo sviluppo dei servizi, lo sviluppo di sistemi informativi e comunicativi che interconnettano i nodi della rete e il paziente stesso. Monitoraggio e valutazione La elaborazione di percorsi diagnostico terapeutici all'interno delle reti clinico assistenziali e organizzative prevede la definizione di indicatori di processo, di esito, economici. Gran parte degli indicatori sono facilmente ricavabili dai flussi correnti, altri, più specifici e complessi, richiedono la compilazione di specifici registri. Gli

indicatori riferiti ad alcune reti clinico assistenziali e organizzative, in particolare di quelle tempo-dipendenti, sono ormai a disposizione dei programmatori e degli operatori in modo continuativo e tempestivo all'interno del cruscotto di governo; Regione Lombardia intende sviluppare ulteriormente tali informazioni e a condividerle con i medici, le società scientifiche, i decisori. Rete per l'assistenza Materno Neonatale e Pediatrica Adolescenziale Prosegue l'impegno di Regione Lombardia per il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area materna neonatale e pediatrica-adolescenziale, con la peculiarità di un approccio integrato all'intero percorso gravidanza/nascita/età evolutiva e la costruzione di una Rete che metta in relazione tutti i professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari, territoriali e ospedalieri, di tipologia e livelli diversi, a garanzia della continuità dell'assistenza. Per la specificità del contesto assistenziale viene a configurarsi, a tutti gli effetti, una rete tempo dipendente. Questo assetto organizzativo è basato sulle indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni 16.12.2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza nel percorso nascita", del D.M. 70/2015, dell'Accordo Stato Regioni 2017 "Linee di indirizzo per gli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale" e dell'Accordo Stato-Regioni 2018 "Linee guida per la revisione delle reti cliniche" e sulle specifiche normative regionali. Vengono di seguito evidenziate le azioni prioritarie. ■ Garantire appropriatezza, qualità e sicurezza per la mamma e il bambino in tutti i punti di erogazione, rispetto della fisiologia della gravidanza/parto/nascita, tempestiva intercettazione delle situazioni a rischio e afferenza delle stesse a Centri dotati delle competenze e tecnologie necessarie. Con tale obiettivo sono attivati modelli assistenziali differenziati per livello di rischio ed un'organizzazione a rete, secondo il paradigma Hub (Centri di Medicina Materno Fetale e Terapia Intensiva Neonatali) e Spoke supportata da 1 Rif. L.R. 33/2009 art 5 comma 11 42 un Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) – Neonatale in Emergenza (STEN), esteso anche al lattante, a copertura dell'intero territorio regionale. Contestualmente vengono

incentivati modelli organizzativi integrati, territorio-ospedale-territorio, che prevedano la gestione del percorso nascita a basso rischio gestito da un'ostetrica di riferimento che, in rete con gli altri specialisti coinvolti, possa garantire la continuità dell'intero percorso nascita (preconcezionale, prenatale, postnatale) e tutti gli interventi di educazione, promozione alla salute, sostegno alla genitorialità, anche attraverso il programma home visiting. A tal fine, il Consultorio Familiare è l'unità d'offerta da valorizzare e da ricondurre alle mutate necessità della fase generativa della famiglia; esso rappresenta uno dei nodi fondamentali della Rete. Proseguono azioni incisive di protezione, promozione e mantenimento dell'allattamento secondo il modello OMS-Unicef e di rilevazione della modalità di allattamento. Il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri pediatrici rappresenta, anche nella nostra regione, un importante obiettivo da perseguire, poiché i tassi di ospedalizzazione, seppur in graduale decremento, risultano tuttora elevati in rapporto a quelli di altri Paesi europei e altre regioni italiane, con significativa variabilità nel territorio. Un aspetto fondamentale delle cure pediatriche è rappresentato dalla gestione delle urgenze/emergenze che necessita di un sistema strutturato che garantisca la assistenza più appropriata rispetto alle condizioni critiche del minore e assicuri il tempestivo trasferimento presso un Centro dotato di Terapia Intensiva Pediatrica e di tutte le competenze e servizi altamente specialistici necessari. Per questo obiettivo la DGR n. X/6576/2017 ha definito un modello organizzativo con identificazione dei centri Hub di cui vengono implementati alcuni aspetti organizzativi e operativi. La piena funzionalità della rete implica il supporto di uno Sistema di Trasporto Pediatrico dedicato, da attivarsi in collaborazione con AREU. L'assistenza pediatrica, sia territoriale che ospedaliera, deve collaborare e integrarsi fortemente con la Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, con l'obiettivo di garantire un approccio globale alle problematiche cliniche, neurologiche e psichiche del bambino e dell'adolescente. In particolare, come descritto nella sezione del presente documento dedicata alla salute mentale, andrà sviluppata la collaborazione tra professionisti e servizi nell'area della diagnosi precoce dei disturbi

del neurosviluppo e nella cura delle comorbidità ad essi associate e nell'area delle malattie rare. Una sfida che coinvolge tutti è la patologia neuropsichica sempre più frequente e complessa che interessa l'età adolescenziale: solo una azione integrata, un elevato livello di collaborazione e comunicazione, nel rispetto delle specifiche competenze e della continuità del percorso diagnostico terapeutico, permetterà di affrontare il disagio psichico adolescenziale. La transizione delle cure pediatriche alla medicina dell'adulto rappresenta un aspetto peculiare e tuttora critico, dell'assistenza all'adolescente. E' un delicato processo multidimensionale e multiprofessionale, volto non solo alla necessità di cura, ma anche agli aspetti psico-sociali, educativi e professionali, la cui strutturazione risulta non ancora adeguata. L'età della transizione deve avvenire in modo flessibile, non solo in rapporto al raggiungimento dell'età adulta, ma anche delle condizioni cliniche, della maturità raggiunta e della capacità di auto gestione dell'adolescente. Si tratta pertanto di un processo individualizzato, realizzabile con differenti modelli operativi. Sono promosse iniziative di sensibilizzazione e formazione integrata di tutti gli operatori coinvolti con l'obiettivo di sviluppare adeguati percorsi di transizione condivisi che garantiscano la qualità e la continuità dell'assistenza. L'informatizzazione della documentazione sanitaria e sociosanitaria prevede, quando possibile, l'utilizzo di modelli regionali, analogamente a quanto già attivato per l'Agenda del Percorso Nascita e per le cartelle del Trasporto Materno Assistito e Neonatale in Emergenza. La rete per l'assistenza materno neonatale e pediatrica adolescenziale costituisce una delle aree di rischio clinico 2 rispetto alle quali è necessario porre attenzione e sviluppare percorsi dedicati. Monitoraggio e valutazione La rete per l'assistenza materno neonatale e pediatrica adolescenziale di cui ai paragrafi precedenti è corredata da un set di indicatori di primo e secondo livello in grado di tracciare e analizzare l'intero percorso assistenziale. I flussi informativi correnti, l'uso integrato degli stessi e ulteriori indicatori proxy, sono oggetto di continua implementazione attraverso la creazione di nuovi data base. Prosegue



la partecipazione di Regione Lombardia al Sistema di Sorveglianza della mortalità materna e perinatale. 2 Rif. L.R. 33/2009 art 5 comma ASSISTENZA FARMACEUTICA

Il tema dell'assistenza farmaceutica è un tema di rilevanza nazionale e regionale ormai da diversi anni, e lo conferma anche la recente discussione a livello nazionale che vuole aggiornare i processi che sono alla base della governance sui farmaci. I farmaci sono inclusi nei Livelli essenziali di assistenza e lo scopo dell'assistenza farmaceutica è quella di garantire ai cittadini farmaci/medicinali con il migliore profilo beneficio-rischio, assicurando che la spesa farmaceutica si mantenga nell'ambito della cornice finanziaria programmata. Al fine di attuare gli indirizzi indicati, risulta centrale il governo della politica del farmaco a livello regionale. L'interesse prioritario che deve guidare l'attività è l'interesse dei cittadini, assicurando il rispetto della cornice finanziaria programmata per il settore farmaceutico garantendo il corretto rapporto con tutti gli attori del sistema. Le Agenzie (ATS) e le ASST, con il nuovo assetto organizzativo, devono essere in grado di realizzare il processo di cambiamento, garantendo sempre più elevati livelli quali/quantitativi dei servizi ai cittadini. In particolare, esse dovranno:

- sviluppare modalità operative innovative nell'organizzazione ed erogazione dei servizi;
- garantire la presa in carico globale della persona (e della sua famiglia/caregiver) nei diversi contesti sociosanitari;
- perseguire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;
- introdurre percorsi assistenziali innovativi finalizzati a garantire la continuità delle cure, l'integrazione degli operatori e dei servizi nonché un utilizzo appropriato ed equo delle risorse;
- mantenere elevati livelli di qualità riducendo i costi in applicazione degli standard regionali;
- garantire l'assistenza come competenza fondamentale, che deve essere prestata con continuità e secondo criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare; In ambito farmaceutico gli obiettivi da perseguire a livello regionale e territoriale sono:
- garantire l'accesso sicuro ed efficace alle terapie innovative con l'uso etico delle risorse;

- attivare percorsi appropriati che consentano all'assistito di poter ricevere anche come cure domiciliari l'assistenza farmaceutica di tipo complesso;
- valorizzare le Farmacie del territorio attraverso i nuovi Servizi Il continuo progresso tecnologico e le dinamiche demografiche attese legate all'invecchiamento della popolazione italiana determineranno nei prossimi anni un'ulteriore espansione della domanda di nuove e costose tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi medici, attrezzature sanitarie e sistemi diagnostici) che rende indispensabile un incessante e rinnovato impegno verso livelli di efficienza ed efficacia ottimali, nell'azione di governo del sistema sanitario nel suo complesso. La spesa per le nuove tecnologie può diventare un investimento solo quando produce risultati in termini di salute o riduce altri costi sanitari. In ambito farmaceutico spetta ad AIFA il compito di definire le condizioni di rimborsabilità e il prezzo dei farmaci, ma le Regioni possono svolgere un ruolo importante nella definizione del posizionamento terapeutico rispetto alle alternative e nell'indirizzare verso un uso etico delle risorse. La complessità delle terapie farmacologiche e l'aumento dell'età dei pazienti sono di frequente causa di interazioni farmacologiche con conseguenti reazioni avverse e abbandono delle terapie. Particolare attenzione dovrà essere pertanto dedicata al tema della aderenza della terapia e alla farmacovigilanza. L'attenzione alla sicurezza dei farmaci e dei dispositivi è importante ed è intenzione della Regione proseguire l'attività di sorveglianza. Al fine di accompagnare gradualmente il SSR verso la piena operatività di un modello unificante di governo a rete delle tecnologie sanitarie, sono identificati quali obiettivi strategici della programmazione:
  - garantire a tutti i cittadini l'accesso alle terapie innovative promuovendo l'uso etico delle risorse;
  - proseguire nel percorso di miglioramento continuo dell'appropriatezza prescrittiva;
  - favorire l'uso dei farmaci a brevetto scaduto quale strumento per liberare risorse;
  - assicurare la sicurezza delle tecnologie con particolare attenzione alla interazione tra farmaci, alla aderenza terapeutica, alle transizioni di cura e al controllo degli errori farmacologici;
  - aumentare la partecipazione del cittadino alle politiche farmaceutiche;
  - valorizzare il ruolo delle

farmacie attraverso la sperimentazione dei nuovi servizi. La promozione della Farmacia dei Servizi Nell'ambito della riorganizzazione delle Cure Primarie si intende sviluppare la Farmacia dei servizi riconoscendo alla rete delle farmacie pubbliche e private professionalità e vicinanza al cittadino, soprattutto nelle aree più disagiate. Si dovranno promuovere programmi per sviluppare nuove funzioni della Farmacia, in particolare il controllo della aderenza terapeutica, l'informazione sulla corretta assunzione dei farmaci e la farmacovigilanza, avvalendosi delle ATS per la conduzione e il monitoraggio dei progetti e per sviluppare il Dossier farmaceutico all'interno del FSE.

## FORMAZIONE

Regione Lombardia in questi anni ha fortemente investito nella formazione, ritenuta leva indispensabile per lo sviluppo delle diverse professionalità e di conseguenza per la crescita del sistema sociosanitario. La formazione deve coinvolgere tutti gli operatori, sia dipendenti sia convenzionati, al fine di aumentare le competenze professionali e di promuovere lo scambio tra professionisti, il lavoro interdisciplinare, la comunicazione. Saranno sviluppate le tematiche trasversali, che coinvolgono diversi setting di cura, al fine di dare piena attuazione ad un modello condiviso di presa in carico del paziente cronico e per l'implementazione delle reti clinico assistenziali e organizzative. Medicina generale Regione Lombardia ha ampliato le borse di formazione in medicina generale e, attraverso la Scuola di Formazione in Medicina Generale e per il tramite delle ATS, delle ASST e della Medicina Convenzionata, intende promuovere la formazione di medici di famiglia capaci di operare all'interno del complesso sistema sociosanitario regionale e coerentemente agli indirizzi di sviluppo dello stesso. Scuola di Formazione Manageriale Regione Lombardia intende promuovere la formazione dei Direttori di ATS e ASST e dei Dirigenti di Struttura Complessa per assicurare lo sviluppo di competenze manageriali all'interno delle Aziende ed intende garantire una risposta efficace ed efficiente alle numerose richieste formative dei professionisti. Specializzandi Anche in quest'area Regione Lombardia intende

proseguire nell'analisi del fabbisogno di medici specialisti e nel potenziamento della formazione specialistica, in accordo con il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, con il Ministero della Salute e con il Sistema regionale dell'Università. In questo senso la Legge Regionale 33/2017 ha introdotto la possibilità per gli specializzandi di partecipare alle attività assistenziali negli ospedali, valorizzando i medici specializzandi senza pregiudizio alla sicurezza e qualità dell'assistenza. Personale del comparto e della dirigenza In accordo con il modello di Educazione continua in Medicina ECM, saranno promosse modalità di formazione con modalità tradizionali e con modalità innovative e a distanza. Regione Lombardia, annualmente, definirà i principali ambiti formativi necessari al perseguimento degli obiettivi di sviluppo del sistema sociosanitario regionale, da promuovere in ogni ambito professionale.

#### COMUNICAZIONE

La comunicazione pubblica in sanità ha assunto nel tempo un'importanza strategica nel quadro dei rapporti tra cittadini e Pubblica Amministrazione. Il cittadino che vive attivamente l'era digitale può usufruire oggi di un compendio di informazioni che, se ben progettate, possono facilitare l'accesso ai servizi e la scelta dei percorsi di cura, o determinare l'assunzione di comportamenti collegati a stili di vita più salutari. In tale contesto, valorizzando uno dei processi fondamentali della comunicazione, quale è l'ascolto, si possono intercettare attese e aspettative degli utenti, modificare i servizi sulla base dei fabbisogni rilevati, monitorare la qualità di quanto viene erogato, portando all'interno dell'ente la voce del cittadino. L'applicazione di corrette ed efficienti strategie di comunicazione nel campo della sanità pubblica rappresenta di conseguenza una reale opportunità per il miglioramento dell'attività amministrativa e gestionale del servizio. Se la Pubblica Amministrazione ha il dovere di garantire a tutti l'erogazione di servizi di qualità e la soddisfazione di bisogni fondamentali, la comunicazione diventa - in tale contesto - un elemento essenziale e irrinunciabile nel processo di riforma e di riorganizzazione dell'interno sistema sanitario. Ciò premesso, nella XI legislatura la

comunicazione sarà prevalentemente orientata allo sviluppo di relazioni sempre più dirette e disintermedie tra cittadini e Regione. Un rapporto rinnovato, nella sua forma e nella sua sostanza, in grado di favorire sia una più consapevole ed immediata conoscenza all'utenza delle opportunità offerte dal Sistema Sociosanitario Regionale, sia la progettazione di servizi quanto più prossimi alle esigenze delle persone (pazienti, famiglie, care giver). Verrà data quindi priorità alla cura dell'ascolto dei bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini (con particolare attenzione per quelli emergenti), con l'intento di fornire una migliore risposta alle necessità di cura, sostegno e presa in carico degli utenti. Particolare attenzione verrà dedicata alla costruzione di azioni di comunicazione e di processi informativi a sostegno di una maggiore diffusione della conoscenza dei programmi di prevenzione e promozione della salute, orientati sia ad incoraggiare una più ampia partecipazione da parte dei cittadini alle proprie scelte di salute, sia all'adozione di stili di vita favorevoli al benessere della persona. Nel corso del nuovo mandato verranno inoltre potenziate le sinergie operative tra gli enti del Sistema Socio-Sanitario Lombardo e Regione, così da garantire univocità ed uniformità ai messaggi diffusi su tutto il territorio regionale. Saranno inoltre promosse azioni di comunicazione e informazione tecnico-specialistica rivolta agli operatori, al fine di innalzare i livelli professionali verso standard sempre più elevati, ma anche di condividere le scelte di indirizzo in una logica di integrazione e partecipazione. I processi comunicativi potranno così beneficiare della collaborazione proattiva e del "know-how" di tutti gli attori che in Lombardia (ciascuno per la propria competenza) concorrono alla costruzione del welfare regionale. Sarà sempre più utilizzato il ricorso alla digitalizzazione dell'informazione e ai new media, ormai affermati come efficaci strumenti di contatto con i cittadini. Saranno tuttavia impiegati anche mezzi di comunicazione tradizionali a garanzia di una migliore copertura dei messaggi anche presso quelle fasce di popolazione poco propense all'utilizzo dei nuovi mezzi digitali. In riferimento all'attivazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e fragile dovrà essere rafforzata l'attività di comunicazione interna ed esterna per supportare e

facilitare il processo di arruolamento dei pazienti. Per questo dovranno essere realizzate azioni formative e di sensibilizzazione, rivolte al personale chiamato ad interagire con il cittadino nel percorso di presa in carico, così che sia pro-attivamente e correttamente accompagnato verso le soluzioni più funzionali a dare risposta ai bisogni individuali.

#### ASSOCIAZIONISMO, VOLONTARIATO E TERZO SETTORE

I soggetti che ne fanno parte rappresentano un fattore di benessere sociale e individuale, contribuendo alla crescita della società e della consapevolezza civica dei cittadini. Attraverso il lavoro associativo si creano legami e si consolidano le relazioni sociali e contemporaneamente si sviluppano senso di appartenenza e di partecipazione, migliorando la qualità della vita individuale e collettiva. Il Terzo Settore in Lombardia per la sua numerosità e per le caratteristiche di radicamento nel territorio costituisce anche un'esperienza unica nel panorama nazionale: nei diversi registri regionali sono censiti e riconosciuti oltre 13.000 enti (organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale Cooperative sociali ecc..). Associazionismo, Volontariato e Terzo Settore rappresentano oggi fondamentali stakeholders e al tempo stesso possibilità di collaborazioni che aggiungono valore e completezza all'intervento sanitario e sociosanitario. Queste organizzazioni - che devono essere considerate veri e propri attori del SSR - possono fortemente contribuire a informare i pazienti e a promuovere un approccio più umano ed efficace che consideri la persona in modo globale e olistico, al di là della riduttiva centratura solo sulla patologia. Il Piano promuove in questo senso una politica partecipativa che assegna a questi mondi un ruolo fondamentale nella filiera degli interventi, un ruolo che affianca le Istituzioni nella tutela del valore della salute fisica e psichica della persona in tutte le fasi e le condizioni della vita. Nello specifico, inoltre, con la riforma introdotta con l'approvazione del D. Lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) al Terzo settore è stato riconosciuto un profilo giuridico unitario e una governance omogenea su tutto il territorio nazionale con l'istituzione, del Registro Unico Nazionale del terzo settore (RUNTS) che vedrà un'articolazione e la gestione operativa

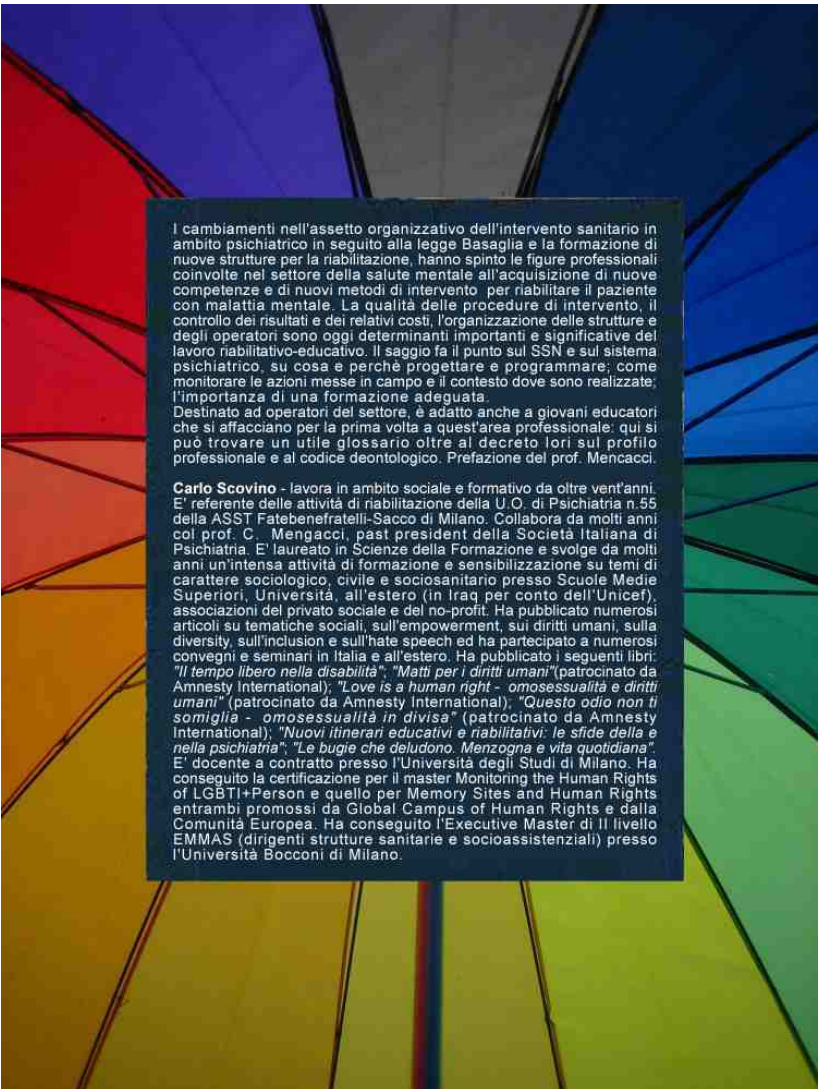
su base territoriale. La riforma riconosce agli Enti del Terzo settore la facoltà di esercitare attività di interesse generale in diversi settori tra i quali interventi e servizi sociali e per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone disabili, interventi e prestazioni sanitarie e sociosanitarie, interventi nel campo dell'educazione, istruzione e formazione professionale, attività commerciali, produttive, di educazione e informazione, di promozione, di rappresentanza. Il Codice prevede inoltre che, in attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità le amministrazioni pubbliche, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento.

#### IL SISTEMA DEI CONTROLLI

Il sistema dei controlli è una componente fondamentale del SSR a garanzia della qualità dei servizi offerti e dell'efficienza e dell'efficacia dell'utilizzo delle risorse. Interessa tutti gli ambiti del sistema ed è articolato su più livelli coordinati ed integrati fra loro. Livello delle aziende territoriali: funzioni di controllo interno (Controllo di gestione, nuclei interni di controllo sulle prestazioni, internal audit, RPCT) quali strumenti delle Direzioni Generali per leggere le realtà aziendali e compiere scelte funzionali al raggiungimento dei risultati attesi. Livello delle ATS: esercizio della vigilanza sul rispetto dei requisiti di accreditamento degli erogatori sanitari e sociosanitari, dei requisiti di esercizio delle unità d'offerta sociali, dei controlli di appropriatezza sulle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, dei controlli sull'attuazione delle misure sostenute da Regione Lombardia, dei controlli in materia di farmaceutica e protesica, dei controlli sulle fondazioni, dei controlli di prevenzione medica (ambienti di vita e lavoro, sicurezza alimentare, salute e ambiente, prevenzione nelle comunità), di prevenzione veterinaria (sanità animale, alimenti di origine animale, allevamenti e produzioni zootecniche). I controlli delle ATS sono oggetto di pianificazione annuale e rendicontazione analitica e sono correlati alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza. Livello dell'Agenzia di Controllo del

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





I cambiamenti nell'assetto organizzativo dell'intervento sanitario in ambito psichiatrico in seguito alla legge Basaglia e la formazione di nuove strutture per la riabilitazione, hanno spinto le figure professionali coinvolte nel settore della salute mentale all'acquisizione di nuove competenze e di nuovi metodi di intervento per riabilitare il paziente con malattia mentale. La qualità delle procedure di intervento, il controllo dei risultati e dei relativi costi, l'organizzazione delle strutture e degli operatori sono oggi determinanti importanti e significative del lavoro riabilitativo-educativo. Il saggio fa il punto sul SSN e sul sistema psichiatrico, su cosa e perché progettare e programmare: come monitorare le azioni messe in campo e il contesto dove sono realizzate; l'importanza di una formazione adeguata.

Destinato ad operatori del settore, è adatto anche a giovani educatori che si affacciano per la prima volta a quest'area professionale: qui si può trovare un utile glossario oltre al decreto lori sul profilo professionale e al codice deontologico. Prefazione del prof. Mencacci.

**Carlo Scovino** - lavora in ambito sociale e formativo da oltre vent'anni. E' referente delle attività di riabilitazione della U.O. di Psichiatria n.55 della ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano. Collabora da molti anni col prof. C. Mengacci, past president della Società Italiana di Psichiatria. E' laureato in Scienze della Formazione e svolge da molti anni un'intensa attività di formazione e sensibilizzazione su temi di carattere sociologico, civile e sociosanitario presso Scuole Medie Superiori, Università, all'estero (in Iraq per conto dell'Unicef), associazioni del privato sociale e del no-profit. Ha pubblicato numerosi articoli su tematiche sociali, sull'empowerment, sui diritti umani, sulla diversity, sull'inclusion e sull'hate speech ed ha partecipato a numerosi convegni e seminari in Italia e all'estero. Ha pubblicato i seguenti libri: *"Il tempo libero nella disabilità"*, *"Matti per i diritti umani"* (patrocinato da Amnesty International), *"Love is a human right - omosessualità e diritti umani"* (patrocinato da Amnesty International), *"Questo odio non ti somiglia - omosessualità in divisa"* (patrocinato da Amnesty International), *"Nuovi itinerari educativi e riabilitativi: le sfide della e nella psichiatria"*, *"Le bugie che deludono. Menzogna e vita quotidiana"*. E' docente a contratto presso l'Università degli Studi di Milano. Ha conseguito la certificazione per il master Monitoring the Human Rights of LGBTI+Person e quello per Memory Sites and Human Rights entrambi promossi da Global Campus of Human Rights e dalla Comunità Europea. Ha conseguito l'Executive Master di II livello EMMAS (dirigenti strutture sanitarie e socioassistenziali) presso l'Università Bicconi di Milano.