

Delib.C.R. 26-10-2006 n. VIII/257

Piano Socio Sanitario 2007-2009.

Pubblicata nel B.U. Lombardia 20 novembre 2006, n. 47, S.S. 23 novembre 2006, n. 2.

### 3. Il soddisfacimento del bisogno

Una delle principali finalità dell'attività di governo regionale è quella di garantire il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione in un modo che sia il più possibile appropriato ed adeguato sia alle necessità cliniche dei malati che alla disponibilità di risorse. L'epidemiologia e la verifica delle attività mediante metodologie di auditing clinico saranno nei prossimi anni gli strumenti principali con cui saranno perseguite le finalità appena descritte.

In una logica di questo tipo è necessario che siano coinvolti in una dinamica di forte corresponsabilità, e quindi di alleanza rispetto ad un condiviso scopo comune, gli attori del sistema che sono rappresentati dai professionisti e dagli operatori, dalle società scientifiche e professionali, dagli ordini professionali, dalle Università e dagli istituti di ricerca; essi sono partner irrinunciabili che permettono di vedere e di valutare il sistema sanitario con il necessario «occhio clinico».

#### 3.1 La prevenzione: il rilancio sulla base dell'evidenza scientifica

La promozione della salute e la prevenzione delle malattie vanno sviluppate in un contesto di coerenza con i grandi obiettivi di salute della programmazione nazionale e comunitaria quali:

- allungare la speranza di vita senza malattie e disabilità;
- monitorare con particolare attenzione le patologie dominanti e/o emergenti;
- favorire corretti stili e comportamenti individuali;
- contenere i rischi per la salute legati alle condizioni degli ambienti di vita;
- sostenere programmi per la sicurezza alimentare e la diminuzione degli incidenti (stradali, domestici, sul lavoro);
- sostenere programmi di prevenzione e lotta alle malattie trasmissibili all'uomo da parte degli animali;
- stimare e prevenire l'impatto sulla salute dei cittadini dei cambiamenti climatici.

In questo contesto si terrà conto dei principali programmi europei in materia di sanità pubblica (Programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica, 2003-2008) e dei recenti Programmi nazionale e regionale per la prevenzione attiva e delle nuove normative in materia di sicurezza alimentare e di sanità veterinaria.

Le strutture del Servizio Sanitario Regionale ed in particolare i Dipartimenti di Prevenzione medica e di Prevenzione veterinaria delle ASL potranno svolgere un ruolo cruciale e di indirizzo per il sistema prevenzione, solo se porteranno a termine l'opera di revisione sistematica di attività e prestazioni di sanità pubblica in base a criteri di appropriatezza e di efficacia sanitaria

Analisi puntuali e validate sulle diverse pratiche di prevenzione delle quali è in dubbio l'efficacia, devono essere condotte a livello regionale e di ASL, secondo i seguenti indirizzi operativi:

- per progetti di intervento specifici, si dovrà prevedere, a priori, una valutazione dei dati di evidenza disponibili e, a posteriori, la disponibilità di strumenti per la valutazione di efficacia: l'ipotesi si applica sia ai provvedimenti regionali di approvazione di progetti finalizzati, linee guida, finanziamenti per attività specifiche che dovranno essere accompagnati da una valutazione dei dati disponibili e da indicatori di efficacia, sia ai singoli Piani e progettazioni locali quali, interventi di educazione sanitaria, piani di controllo di settori lavorativi, verifiche in ambienti sociosanitari;
- si dovranno attivare approfondite valutazioni della attività routinaria (attività ambulatoriale, sopralluoghi, formulazione di pareri, ecc.) finalizzate a promuovere non solo l'efficienza, ma anche l'efficacia ed appropriatezza di tali attività.

Il potenziamento della programmazione delle attività di prevenzione appare lo strumento efficace con il quale guidare il processo di revisione degli interventi di prevenzione oggi erogati. Vanno quindi privilegiati gli interventi e le azioni previsti e consolidati in specifici programmi e piani appositamente definiti, non sottovalutando comunque il ruolo e l'efficacia di norme previste a garanzia della salute collettiva. In questo senso l'esperienza in atto relativa alla realizzazione di diversi Piani di settore (malattie infettive, sicurezza negli ambienti di lavoro) rappresenta un utile punto di riferimento e una positiva metodologia nell'affrontare i problemi specifici, definire percorsi di integrazione degli interventi, valutare i risultati raggiunti. Le risorse destinate alla prevenzione debbono dunque essere potenziate ed indirizzate prioritariamente al raggiungimento di obiettivi definiti, misurabili e soprattutto per i quali sia possibile verificare l'efficacia.

Nel settore specifico della prevenzione in campo veterinario devono essere privilegiate le azioni rivolte a garantire un elevato livello sanitario negli allevamenti della Regione. Ciò è requisito indispensabile, oltre che per dare sicurezza al cittadino/consumatore che sempre più richiede prodotti alimentari sicuri e di provenienza certa, anche per fornire al mondo agro-zootecnico e agro-industriale lombardo un fondamentale strumento di penetrazione nel mercato mondiale per i prodotti alimentari di qualità tipici della Regione.

In questo senso devono essere coordinati gli interventi relativi alla prevenzione ed eradicazione delle malattie animali, al benessere negli allevamenti, al controllo sull'uso di sostanze vietate e farmaci veterinari, all'alimentazione animale, al funzionamento delle anagrafi zootecniche.

Ancora in tema di sanità pubblica veterinaria particolare attenzione verrà dedicata alla lotta al randagismo, ai connessi problemi di igiene urbana, al controllo della fauna selvatica e degli animali sinantropi.

Alla luce di questi obiettivi, possono essere definiti gli obiettivi di prevenzione da perseguire nel triennio di vigenza del Piano Socio-Sanitario.

#### Aree di contesto

- Revisione delle pratiche e attività di sanità pubblica e veterinaria non rispondenti a criteri di efficacia
- Sistema informativo della prevenzione
- Sistema della qualità e dell'accreditamento
- Comunicazione per la prevenzione

## Aree di settore

- Promozione degli stili di vita
- Prevenzione delle malattie infettive, comprese quelle trasmissibili dagli animali
- Prevenzione delle malattie infettive a rilevante impatto sociale (MST, HIV, AIDS e TB), compresi gli interventi nell'ambito carcerario
- Accertamento del diritto all'indennizzo ex L. 210/92
- Prevenzione dei tumori
- Prevenzione delle malattie cardiovascolari
- Prevenzione delle malattie dell'apparato respiratorio con particolare riferimento al fenomeno del tabagismo
- Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro
- Prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita
- Allergopatie da ambrosia
- Infestanti urbani
- Infortuni domestici
- Incidenti stradali
- Urgenze ed emergenze e problematiche terrorismo
- Acque consumo umano
- Acque balneazione
- Inquinanti, con particolare riguardo alle radiazioni elettromagnetiche e a quelle derivanti dall'inquinamento atmosferico
- Sicurezza alimentare
- Lotta al randagismo
- Tutela del benessere animale.

Le aree di settore verranno dettagliate nella seconda parte del presente Piano nel capitolo «Linee di intervento».

Per quanto riguarda la revisione delle pratiche e attività di Sanità pubblica non rispondenti a criteri di efficacia, l'obiettivo è quello di proseguire l'azione iniziata con la legge regionale 12/2003 in

tema di revisione, aggiornamento ed eventuale abolizione di quelle prestazioni e interventi di sanità pubblica che non rispondono a criteri e analisi di efficacia sanitaria e non sono più adeguati rispetto all'attuale quadro epidemiologico e al rinnovato contesto sociale e produttivo.

### 3.2 Le cure primarie

I dati di contesto sono riportati nella tabelle 18a e 18b. A partire dal concetto di medico singolo nel proprio studio, in assenza di modalità assistenziali aggregate (fatte salve le poche esperienze di medicina di gruppo), si è passati all'immagine del medico in associazione, prima solo ipotizzata, poi resa concreta attraverso investimenti regionali. Le convenzioni nazionali che si sono susseguite dal 1996 ad oggi hanno confermato questa tendenza, restituendoci un medico di medicina generale che nel proprio futuro ha un'attività lavorativa in collegamento con altri medici, pur dovendo mantenere il rapporto diretto, individuale e prioritario con il proprio paziente.

La scelta, promossa fin dagli inizi dalla Regione Lombardia, di scommettere su una medicina di famiglia in forma associata ha consentito di fornire una risposta importante all'esigenza di riequilibrio del sistema sanitario spostato sul livello ospedaliero. Lo sviluppo organizzativo della medicina di famiglia deve essere accompagnato da una riflessione:

- sulle modalità dell'offerta;
- sui livelli dell'offerta.

Questi aspetti implicano in primo luogo un investimento su una medicina di famiglia sempre più orientata all'iniziativa. In questo senso la Regione favorirà progetti dei settori della prevenzione e cura delle patologie oncologiche e ad alto impatto sociale che vedano la medicina di famiglia quale riferimento attivo degli assistiti, anche prevedendo collaborazioni con le altre risorse del territorio.

Sull'aumento dei livelli di offerta la Regione, tra le iniziative in questo senso, ha di recente avviato la sperimentazione di forme di associazionismo evoluto ed integrato tra i MMG ed altre figure sanitarie professionali, attuando un progetto innovativo (Gruppi Cure Primarie) quale alternativa alle sole prestazioni ospedaliere di I e II livello, per il quale si rinvia alla specifica sezione.

Nel triennio 2007-2009, la Regione Lombardia intende portare a compimento e verificare nonché estendere le sperimentazioni dei GCP, favorendo l'aumento dell'offerta di prestazioni appropriate da parte delle forme associative integrate ed evolute, garantendo ai cittadini la possibilità di un riferimento territoriale per la presa in carico dei problemi di salute, qualificando al contempo sempre più il sistema ospedaliero verso interventi caratterizzati da complessità tecniche e competenze professionali specifiche.

In aggiunta verrà sperimentata, ad integrazione dei Gruppi di Cure Primarie, la presenza delle professioni sanitarie (Infermieristica, Prevenzione, Tecnico Sanitaria, Riabilitazione) nelle attività ambulatoriali specialistiche e di diagnostica strumentale e nelle attività distrettuali.

Attraverso gli accordi regionali per la medicina generale, si provvederà inoltre a definire compiti assistenziali, da affidare ai medici di medicina generale, ulteriori rispetto a quanto già definito dalla Convenzione nazionale.

Per quanto riguarda la pediatria, oltre quanto già detto per la medicina generale, si affronterà nel triennio la difficoltà pluriennale di garantire ad ogni bambino di età compresa tra 0 e 6 anni la possibilità di avere un pediatra.

Il rinnovamento del modello retributivo dei MMG/PLS costituisce uno dei presupposti indispensabili per una decisa riforma dell'organizzazione delle Cure Primarie e riveste contemporaneamente il ruolo di motore del cambiamento. Nel corso di validità del presente Piano, si intende confermare il mantenimento della quota capitaria, a copertura di quella larga fetta di attività dei MMG/PLS costituita dai momenti di ascolto, di counseling e di supporto diretti al paziente e dall'erogazione di prestazioni routinarie assistenziali di base. La quota capitaria rappresenta l'insopprimibile estrinsecazione contrattuale del rapporto di fiducia tra medico e paziente. Si deve lavorare per agganciare i futuri aumenti retributivi dei MMG/PLS a nuove funzioni effettivamente coperte, a nuovi servizi e prestazioni assistenziali effettivamente resi disponibili al cittadino, nonché ad una migliore valorizzazione delle attività effettivamente svolte, compatibilmente con le future risorse finanziarie.

### 3.3 La formazione del Medico di medicina generale e del Pediatra di libera scelta

I MMG/PLS sono inseriti in un contesto europeo teso ad agevolare la libera circolazione dei medici e modulato su un'articolazione della formazione in quattro fasi:

- I fase: la formazione di base di medico chirurgo;
- II fase: la formazione specifica in medicina generale;
- III fase: la formazione specialistica per il pediatra di libera scelta;
- IV fase: la formazione continua del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta comprendente l'aggiornamento professionale e la formazione.

La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito di merito utile per svolgere l'attività professionale. Il codice deontologico obbliga il medico all'aggiornamento ed alla formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico e scientifico. Il percorso di formazione continua degli operatori delle cure primarie si inserisce nel contesto generale dei processi di ECM previsti a livello regionale e nazionale.

Si riafferma la necessità di una stretta collaborazione con i diversi Ordini ed in particolar modo con le Federazioni Regionali degli Ordini, per programmare ed organizzare i programmi regionali per la formazione continua, sentite le organizzazioni maggiormente rappresentative a livello regionale, concorrendo non solo alla individuazione degli obiettivi di interesse nazionale, ma anche elaborando gli obiettivi di specifico interesse regionale. Per il raggiungimento di tali obiettivi, è fondamentale l'accREDITAMENTO di provider di formazione di rilievo regionale, sulla base di pacchetti annuali di proposte formative.

#### 3.3.1 La continuità assistenziale

Nel triennio 2007-2009 la continuità assistenziale verrà monitorata con estrema attenzione al fine di definirne il riordino nel rispetto delle norme vigenti, per ottenere un migliore rapporto tra gli investimenti effettuati e il servizio reso. In particolare, il servizio andrà potenziato e sarà necessario incentivare i medici operatori (in servizio e che svolgono la reperibilità). In collaborazione con gli Ordini professionali e le OO.SS. della Medicina Generale sarà necessario predisporre una formazione professionale specifica dedicata alla continuità assistenziale. Verranno inoltre promossi, dalle ASL e dalla Regione, momenti di confronto e raccordo fra MMG, PLS e medici di continuità

assistenziale. Nel periodo di vigenza del Piano, anche alla luce delle proposte per la costituzione dell'Azienda regionale per l'emergenza urgenza, si provvederà a istituire un unico numero telefonico di riferimento per la continuità assistenziale e per il sistema di emergenza urgenza, previa consultazione con le OO.SS. mediche rappresentative di categoria.

### 3.4 Associazionismo evoluto e integrato in medicina generale

A partire dal febbraio 2005, la Regione Lombardia ha deliberato una sperimentazione dei Gruppi di Cure Primarie di Medicina Generale come unità elementare di offerta integrata di competenze mediche, infermieristiche e specialistiche di primo livello. Il Gruppo di Cure Primarie (GCP), imperniato sui MMG, ma aperto alla collaborazione con le altre professioni, dovrà sperimentare la presa in carico delle problematiche di salute della popolazione che fa riferimento ai singoli MMG. Oltre alle attuali funzioni di diagnosi, terapia ed assistenza, le problematiche affrontate potranno comprendere anche l'espletamento delle funzioni di prevenzione, l'attivazione e la gestione di protocolli di cura integrati per le patologie croniche, il coordinamento ed il management del GCP, con incentivazione in base alla variabilità di risultato per il raggiungimento di obiettivi concordati. La sperimentazione dei Gruppi di Cure Primarie dovrà comunque garantire l'attuale dislocazione degli ambulatori dei singoli MMG sul territorio e salvaguardare la continuità del rapporto medicopaziente. Nel prossimo triennio, sarà conseguentemente proseguita ed implementata l'attività di sperimentazione avviata nel 2005, al fine di valutare, sulla base dei risultati raggiunti, l'opportunità di promuovere una graduale e progressiva estensione delle esperienze dei GCP a tutte le aree regionali. Tali sperimentazioni andranno monitorate mediante un sistema di indicatori di output e outcome.

### 3.5 Ospedale: il mantenimento dell'alto livello qualitativo delle attività per acuti

Nel settore dell'assistenza ospedaliera agli acuti, l'obiettivo da perseguire è quello della promozione dell'appropriatezza dei ricoveri a seconda del tipo di patologia emergente e per il tempo strettamente necessario. Questo aspetto rappresenta una necessità prioritaria alla luce degli ultimi accordi Stato-Regioni del marzo 2005, che prevedono di raggiungere entro il 31 dicembre del 2007 un tasso complessivo di posti letto per 1000 abitanti pari al 4,5, comprensivo della riabilitazione e della lungodegenza.

Nella medicina moderna, date le modalità di finanziamento dei ricoveri, l'attenzione del programmatore deve inoltre spostarsi dal posto letto alla qualità ed alla appropriatezza delle attività svolte in regime di degenza. L'obiettivo dei prossimi anni sarà quello della valutazione dell'appropriatezza specifica delle attività e dei risultati a medio-lungo termine; tale obiettivo può essere perseguito solo mediante un coinvolgimento corresponsabile del mondo professionale sanitario, che in questo ambito diviene l'interlocutore principale ed indispensabile. Diventano prioritari i raccordi di tipo clinico-organizzativo tra le strutture che erogano attività per acuti e quelle che erogano prestazioni riabilitative; queste ultime, infatti, con il tempo, potranno svolgere in modo appropriato una parte di tutte quelle attività che oggi sono garantite al paziente in regime di acuzie.

### 3.6 Il riordino/innovazione della rete poliambulatoriale

Uno degli obiettivi programmatici per il prossimo triennio è il riordino della rete poliambulatoriale, al fine di garantire che il livello di copertura sul territorio sia il più possibile omogeneo e proporzionato ad una valutazione epidemiologica del reale fabbisogno di indagine diagnostica. La rete delle strutture ambulatoriali si è sviluppata in questi anni secondo dinamiche molto simili a quelle seguite dalle attività di ricovero, per cui i cittadini lombardi hanno oggi a disposizione

un'offerta di servizi ambulatoriali di elevato livello quali-quantitativo, ivi comprese le tecnologie diagnostiche più avanzate come le TAC e le risonanze magnetiche di ultima generazione, la PET e le ultime tecnologie di radioterapia e radiocirurgia stereotassica.

La collaudata attività di monitoraggio sui tempi di attesa è diventata un importante strumento di programmazione che potrà e dovrà individuare delle modalità di erogazione delle attività di specialistica ambulatoriale più accessibili in termini di modalità di prenotazione e di conseguente fruizione nelle diverse fasce orarie giornaliere. Questo processo porterà ad una maggiore distribuzione extraospedaliera non solo delle attività di tipo mediobasso (visite specialistiche ad attività di radiodiagnostica mediobassa, oggi trasformatesi in strumenti di base pressoché assimilabili al fonendoscopio ed allo sfigmomanometro), ma anche di quelle caratterizzate dall'utilizzo di tecnologie costose, da utilizzarsi in un contesto protetto extraospedaliero nella massima tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Anche nell'ambito della specialistica ambulatoriale, pertanto, lo sviluppo del servizio è legato non tanto ad un ampliamento quantitativo quanto piuttosto all'adozione di strumenti di governo clinico che permettano di conseguire un migliore utilizzo dell'offerta attraverso il miglioramento dell'accessibilità dei servizi e la loro massima fruibilità nel corso della settimana e della giornata. Date queste premesse, diventa prioritario il ruolo dei tre livelli, regionale, dell'ASL e del mondo professionale ai fini dello sviluppo di criteri di corretta indicazione ed erogazione delle prestazioni e della definizione locale di protocolli diagnosticoterapeutici che siano esplicitati nei contratti stipulati tra ASL ed erogatori.

A seconda che si tratti di primo ingresso alla rete dei servizi o accesso per follow up in caso di patologie croniche, l'adozione di protocolli condivisi e basati su evidenze scientifiche (che possono discendere dalla comunità scientifica afferente al network specifico di patologia o possono essere concordati con l'ASL a livello provinciale dagli erogatori afferenti a detto territorio), rappresenta uno strumento principe per la gestione delle risorse e per il controllo sul loro impiego.

### 3.7 La rete dell'emergenza-urgenza - L'Azienda Regionale Lombarda

Nella tabella 19 si forniscono alcuni elementi di confronto sul tasso di ricorso al pronto soccorso e sulla percentuale di strutture che hanno attivo al loro interno un dipartimento di emergenza urgenza. Il tasso di ricorso al pronto soccorso, che in Lombardia è inferiore sia a quello nazionale che a quello delle regioni più vicine geograficamente, denota una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle strutture di PS; parimenti interessante è il fatto che un'alta percentuale di strutture si sia dotata, al proprio interno, di un dipartimento di emergenza urgenza che rappresenta lo strumento organizzativo e gestionale che permette di integrare a livello intra-aziendale le risorse che sono destinate a fronteggiare l'emergenza-urgenza

Il cittadino, con un bisogno urgente di assistenza, ha necessità di un riferimento ` unico, dal quale possa avere le risposte appropriate. E quindi opportuno predisporre sistemi di attivazione comuni e coordinati.

In questo senso si prevede che la centrale operativa del 118, attraverso un «NUMERO VERDE UNICO», si assuma il ruolo di collettore di tutte le richieste del territorio. Alla centrale operativa, già in possesso delle competenze per l'individuazione dei livelli di urgenza, spetta il compito di valutare la pertinenza della richiesta e conseguentemente stabilire le modalità operative per la risposta più appropriata. La probabilità di successo è legata alla definizione di percorsi, nella differenza di ruoli, con il servizio di continuità assistenziale, con gli erogatori di cure domiciliari e

con i medici di medicina generale/PLS. Nella definizione dei predetti percorsi particolare attenzione dovrà essere posta allo scambio informativo anche utilizzando la rete SISS.

In coerenza con le linee programmatiche del Piano socio-sanitario regionale 2002-2004, l'attività di governo regionale si è inoltre incentrata sulla ridefinizione e riqualificazione dei tre livelli di operatività ospedaliera correlati alla crescente complessità clinico-organizzativa (come dettati dalla Delib.C.R. n. 932/1998), assicurando nel complesso la continuità e l'equilibrio delle risposte sanitarie alle esigenze del territorio e al modello di integrazione in rete delle risorse strutturali.

Il graduale superamento dei punti di primo intervento mediante l'implementazione del 118 e della possibilità di autopresentazione dei cittadini alle strutture ospedaliere durante le fasce orarie diurne ha dato ottimi risultati.

### 3.7.1 Pronto soccorso/DEA/EAS

L'emergenza urgenza, come organizzatore clinico dei processi di cura con percorsi dedicati e prioritari garantiti, necessita di una ridefinizione dei profili organizzativi e dei criteri di accreditamento delle aree dedicate all'interno dell'organizzazione ospedaliera di emergenza-urgenza.

La riqualificazione delle strutture deve essere analizzata in una prospettiva di integrazione funzionale e operativa in ambito aziendale e interaziendale. Le azioni di sviluppo prevedibili hanno come finalità l'ulteriore definizione del sistema dell'emergenza urgenza, nel tentativo di implementare un sistema di azioni organizzate in stretta continuità assistenziale tra territorio e strutture ospedaliere.

È evidente che l'esigenza di promuovere una maggiore appropriatezza del sistema di emergenza-urgenza sollecita la realizzazione dei seguenti indirizzi programmatici:

- l'implementazione del sistema di triage infermieristico nei Pronto Soccorso/DEA/EAS;
- l'allestimento di percorsi alternativi al Pronto Soccorso/DEA/EAS:
- favorendo l'accesso diretto (con richiesta motivata del medico di MG e almeno per la specialistica caratterizzata da criticità) alle strutture ambulatoriali anche specialistiche dell'Ospedale, adeguatamente potenziate con l'eventuale partecipazione di specialisti esterni convenzionati;
- favorendo lo sviluppo organizzativo della medicina generale e l'integrazione di questa ultima con la continuità assistenziale che garantisca una risposta sanitaria per problematiche non di emergenza-urgenza, possibilmente 24 ore su 24. Particolare attenzione dovrà essere posta agli aspetti di scambio informativo. Alle predette strutture della medicina generale, così integrate con la continuità assistenziale, dovrà essere garantito, attraverso percorsi facilitati, l'utilizzo di consulenze specialistiche/diagnostica strumentale di base;
- l'adeguamento di organico del personale medico ed infermieristico dell'Emergenza-Urgenza all'esigenza di portare assistenza ad un numero sempre maggiore di pazienti con patologie complesse secondo standard qualitativi elevati, ottenibili solo con programmi di formazione specifica sia per gli infermieri che per i medici. A tal fine è necessaria l'istituzione di Master finalizzati;



- il potenziamento delle funzioni di coordinamento delle attività di assistenza domiciliare ed ospedalizzazione domiciliare, per venire incontro alle esigenze degli anziani affetti da pluripatologie e patologie croniche favorendo il ritorno e la permanenza a domicilio;

- il completamento nel territorio regionale del processo di informatizzazione delle strutture di Pronto Soccorso e di tutte le U.O. che fanno parte dei DEA/EAS, al fine di ottenere la razionalizzazione del processo informativo-organizzativo riguardante la rete di emergenza tra il territorio e gli ospedali, nonché di conseguire una più adeguata informazione epidemiologica sui dati riguardanti l'emergenza-urgenza.

### 3.7.2 Filtro e ricoveri

La stretta correlazione tra la risposta all'emergenza-urgenza e il sistema assistenziale impone, in un'ottica di valutazione dell'appropriatezza dei processi e di coerente applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici, l'identificazione di aree organizzative specifiche per le necessità di filtro ai ricoveri dal Pronto Soccorso [6]. Lo strumento ritenuto necessario al fine di ridurre ricoveri e dimissioni improprie è l'Osservazione Breve (O.B.), da intendersi quale modalità di osservazione e non quale livello inferiore di intensità di cure, che deve essere comunque considerata voce di costo aziendale.

È altresì importante l'istituzione di O.B. Pediatriche per le quali deve essere verificata la possibilità di fornire l'accesso ovvero il confronto con i Pediatri di libera scelta del territorio anche in funzione di attuazione di dimissioni protette. Per un approfondimento su questo tipo di struttura, si rinvia al capitolo Urgenza-emergenza pediatrica.

Al fine di favorire la rotazione rapida dei letti dedicati all'osservazione breve o alle degenze non superiori di norma alle 72 ore, occorre inoltre perfezionare percorsi mirati verso le dimissioni protette, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e delle attività di continuità assistenziale territoriale.

[6] È frequente l'accesso al Pronto Soccorso di pazienti con quadri clinici indefiniti, che non consentono l'immediato invio a domicilio, necessitando di una chiarificazione diagnostica nelle ore o giorni successivi. L'avvio di tali pazienti ad un ricovero ospedaliero ordinario, senza un congruo periodo di osservazione, può incrementare significativamente la quota di ricoveri inappropriati, non necessari o in sede non adeguata, con frequente dilatazione dei tempi alla diagnosi definitiva ed alla corretta terapia e comunque con occupazione impropria di letti di degenza. La quota di questi pazienti è quantificabile nel 5-10% di coloro che accedono al Pronto Soccorso.

### 3.7.3 Reti per patologie ad alta complessità

Per patologie ad alta complessità si intendono quelle gravi patologie i cui esiti, in termini di mortalità e disabilità, dipendono fortemente dal fattore tempo (Golden Hour) e dalla integrazione in rete di tutti i professionisti che intervengono nel percorso del paziente. L'integrazione in rete sottintende un'organizzazione tra le strutture che erogano diversi livelli di assistenza e richiede l'esistenza di tecnologie che permettano uno scambio di informazioni ed immagini tra i professionisti delle varie strutture, di un sistema di trasporti di emergenza efficiente, di linee guida condivise nonché di percorsi di formazione specifica per i professionisti; tale rete è configurata in alcuni territori dal modello organizzativo dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza Provinciali, comprensivi della centrale 118, dei Punti di Primo Intervento, dei Pronto Soccorso e dei DEA.

### 3.7.4 La rete del trasporto sanitario di soccorso

Al fine di aumentare il numero di medici esperti in emergenza urgenza [7] in grado di svolgere un adeguato servizio di Pronto Soccorso su mezzi mobili, la Regione Lombardia attiverà un corso regionale-master sull'emergenza urgenza in collaborazione con le associazioni degli specialisti in anestesia e rianimazione. Gli stessi specialisti in anestesia e rianimazione ricopriranno il ruolo di coordinatori dei servizi di emergenza-urgenza, avvalendosi sulle auto medicalizzate degli operatori medici che avranno partecipato con esito positivo al master regionale. Va altresì affrontata con determinazione la problematica della formazione specialistica di tutti gli operatori dell'EE.UU. e delle strutture di PS, DEA e EAS, che devono fronteggiare in tempo reale casi complicati di persone sconosciute. L'obiettivo è aumentare il grado di professionalità e conseguentemente la qualità delle prestazioni.

Per quanto riguarda l'elisoccorso, è opportuno prevedere una revisione delle linee guida regionali per lo svolgimento del servizio di soccorso sanitario con l'elicottero (Delib.G.R. n. 7/6348 del 5 gennaio 2001), al fine di perfezionare l'utilizzo appropriato ed efficace di questo mezzo di soccorso anche per quanto attiene al volo notturno.

Appare essenziale ribadire il ruolo fondamentale attribuito dalla Regione Lombardia alle organizzazioni di volontariato per il funzionamento del sistema dell'emergenza urgenza [8].

Circa l'80% dei trasporti sanitari di emergenza-urgenza viene effettuato in collaborazione con dette organizzazioni. Le organizzazioni di volontariato vivono un momento di trasformazione che impone una particolare attenzione da parte del sistema sanitario. In particolare, si rende necessario perfezionare la collaborazione tra la Regione e le associazioni di volontariato per la promozione ed implementazione di programmi di formazione ed aggiornamento dei volontari impiegati nei trasporti di emergenza-urgenza, nel comune intento di garantire la qualità ed affidabilità del servizio.

[7] Oggi sono in attività tre tipologie di mezzi di soccorso su ruote, regolati dalla Delib.G.R. 6/37434 del 17 luglio 1998 e dalla Delib.G.R. 12753 del 16 aprile 2003 (attualmente in fase di revisione) limitatamente agli aspetti autorizzativi.

L'esperienza maturata in questi anni dagli operatori indica la necessità di uno sviluppo dei mezzi di soccorso di base, con particolare riguardo alle auto medicalizzate, la cui implementazione rappresenta una vera e propria priorità del trasporto sanitario di soccorso. In questa prospettiva, si ritiene che l'impiego delle auto con equipaggio formato da soccorritori certificati ed infermieri professionali debba essere inteso quale livello intermedio di gestione di pazienti nelle aree e nelle situazioni in cui la risorsa medica non sia immediatamente disponibile.

[8] Si ricorda che circa l'80% dei trasporti sanitari di emergenza-urgenza viene effettuato in collaborazione con dette organizzazioni. Le organizzazioni di volontariato vivono un momento di trasformazione che impone una particolare attenzione da parte del sistema sanitario. In particolare, si rende necessario perfezionare la collaborazione tra la Regione e le associazioni di volontariato per la promozione ed implementazione di programmi di formazione ed aggiornamento dei volontari impiegati nei trasporti di emergenza-urgenza, nel comune intento di garantire la qualità ed affidabilità del servizio.

### 3.7.5 Emergenza per eventi straordinari di bioterrorismo

Si rende necessario sviluppare una rete territoriale di strutture che, attraverso la predisposizione, la condivisione e la sperimentazione di appositi protocolli, sappia garantire il tempestivo

coordinamento degli interventi e delle attività in caso di emergenza anche attraverso il completamento della strutturazione della rete di comunicazione per l'emergenza urgenza.

### 3.7.6 L'emergenza urgenza come sistema regionale. Il nuovo soggetto gestionale

L'approccio metodologico che ha tracciato le linee program-matorie dei paragrafi precedenti è di tipo sistemico ed ha scomposto l'emergenza-urgenza in sottosistemi, evidenziando la necessità di direttive di piano finalizzate alla soluzione dei singoli sottosistemi; in questo paragrafo, si propone una ricomposizione finale integrata in grado di assicurare la gestione innovativa dei processi.

Le indicazioni delle Delib.G.R. 7/16484 del 23 febbraio 2004 e 8/504 del 4 agosto 2005 già tracciano la prospettiva di un coordinamento di sistema e di uno stretto collegamento tra esigenze territoriali e visione regionale [9]. Conseguentemente, si può ormai ritenere superata l'organizzazione della rete di emergenza territoriale legata ad una struttura ospedaliera al fine di approntare modalità organizzative che assicurino l'azione pre-ospedaliera e l'integrazione con le strutture ospedaliere attraverso percorsi garantiti, autonomi, dedicati e privilegiati e la gestione dell'emergenza urgenza in una prospettiva integrata di sistema in coerenza con le indicazioni programmatiche di piano. A questo fine si prevede la costituzione dell'Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza, cioè di una struttura tecnico-organizzativa, con articolazioni territoriali con il compito di:

- programmazione generale delle attività territoriali di emergenza urgenza, basata su:

a) obiettivi strategici individuati dalla Giunta regionale su proposta dell'Assessore alla Sanità;

b) analisi dei flussi informativi di attività delle Centrali Operative, degli Erogatori delle prestazioni, delle Aziende Sanitarie Locali;

c) analisi territoriale con il contributo delle ASL, degli enti locali, dei soggetti erogatori, del Volontariato;

- definizione - per la stipula di contratti, accordi e capitolati - dei requisiti tecnici, organizzativi e professionali per i soggetti erogatori di prestazioni [10], nonché delle modalità di controllo del mantenimento dei requisiti e delle prestazioni erogate;

- programmazione della formazione degli operatori professionali e volontari;

- gestione delle reti radiotelefoniche ed informatiche dedicate all'emergenza;

- gestione di acquisizioni centralizzate di beni e servizi [11];

- attuazione di piani regionali per emergenze di massa, interventi di soccorso internazionale, rischi di particolare rilevanza (tabella 20).

[9] L'obiettivo di una stretta integrazione tra territorio ed ospedale deve essere perseguito anche attraverso una maggiore attenzione ai collegamenti tra processi di intervento extraospedalieri, trasferimento delle informazioni e delle immagini, trasporto alle strutture più adeguate e disponibili e facilitazione dei percorsi intraospedalieri in modo da ottimizzare i tempi door-to-baloon. In questo senso, il sottoprogetto 1 «Il sistema milanese dell'emergenza urgenza» (Progetto ex art. 71 della legge n. 448/98), in avanzata fase di attuazione, può rappresentare nelle sue linee operative il modello di riferimento per tutta la Regione. In questi anni, infatti, l'azione del governo regionale si è

incentrata sul miglioramento del sistema informativo utilizzato dalle centrali operative di emergenza-urgenza (adozione del Manuale per l'utilizzo del sistema informatico), della codifica delle azioni di soccorso (scheda paziente), del collegamento nella evidenziazione delle SDO di un campo specifico per il trasporto in urgenza. L'esigenza, al fine di limitare le soluzioni di continuità nel percorso del paziente, è quella di integrare in coerenza con il SISS-CRS i dati informativi del processo del sistema dell'emergenza urgenza nei livelli di risposta territoriale ed ospedaliera, anche attraverso l'adozione di un flusso informativo specifico.

[10] Prestazioni relative sia alla gestione operativa dei mezzi (centrale operativa), sia allo svolgimento degli interventi di soccorso, con diversi livelli di competenza, rendendo disponibili personale, equipaggiamento e veicoli.

[11] Da realizzare con l'ausilio dell'apparato amministrativo di ASL capofila per espletare le previste procedure di gara.

### 3.8 La Rete delle Strutture Riabilitative

Il sistema sanitario della Regione Lombardia sta affrontando, da un lato, il percorso di riclassificazione delle strutture riabilitative attualmente operanti e, dall'altro lato, la messa a contratto di nuovi 900 posti letto che saranno progressivamente attivati nelle specialità ove maggiore è la domanda in ambito riabilitativo.

Il riordino della rete riabilitativa, approvato dalla Giunta regionale nel dicembre 2004 ed oggi in fase attuativa, prevede la differenziazione delle strutture su tre differenti livelli di erogazione dei servizi [12].

La riabilitazione di mantenimento, in particolare, rappresenta un livello di assistenza di recente introduzione che deve essere ulteriormente promosso ed implementato nei prossimi anni, perché consentirà, nel lungo periodo, di conseguire significativi vantaggi in termini di prevenzione terziaria. Tale riabilitazione offre ai pazienti più fragili - ed indirettamente alle loro famiglie - un nuovo servizio assistenziale a supporto della fase di dimissione, permettendo di consolidare il livello di funzionalità di organo o di apparato raggiunto/ripristinato durante il ricovero in acuzie e di permettere nel frattempo, ai sanitari ed alle famiglie, di individuare le migliori modalità di prosecuzione dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio assistenziale al domicilio o in altra residenza sociosanitaria o socio assistenziale.

Questa differenziazione dei livelli di complessità delle attività riabilitative è stata la condizione che ha consentito di affrontare, in collaborazione con le principali società scientifiche coinvolte, questioni nodali quali i criteri di stesura e di contenuto dei programmi riabilitativi di struttura ed individuali e dei riferimenti di appropriatezza del mix della casistica trattata dalle unità operative.

La prospettiva, per il prossimo triennio, sarà quella di approfondire l'analisi dei reali bisogni in ambito riabilitativo, con particolare attenzione alla definizione della corretta modalità di erogazione delle cure in proporzione al livello di deficit funzionale di organo/apparato ed alla possibilità di recupero/ripristino dello stesso. Per gli ambiti di tipo cardiologico e pneumologico, per i quali è sempre più frequente la presa in carico di pazienti che non hanno un chiaro evento indice (inteso come episodio acuto di tipo chirurgico, traumatico o vascolare che sia), ma che presentano delle riacutizzazioni della patologia cronica da cui sono affetti, dovranno essere chiarite le sinergie e le reali alternative di tipo terapeutico e preventivo (si parla in questo caso di prevenzione terziaria) rispetto alle cure erogate in regime di acuzie.

Nel triennio scorso, l'obiettivo è stato quello di superare la distinzione, all'interno della rete delle strutture riabilitative, tra assistenza ospedaliera ed extraospedaliera, ritenendo tale distinzione non più fondata né sul piano assistenziale né su quello organizzativo. In tale direzione, è stata riordinata la rete complessiva delle attività di riabilitazione attraverso la definizione di requisiti per l'autorizzazione e per l'accreditamento univocamente validi per tutte le strutture operanti sul territorio regionale; pertanto vengono confermati i contenuti programmatici stabiliti con Delib.G.R. 16 dicembre 2004, n. 7/19883.

Il processo di riordino presenta tuttavia degli aspetti di complessità, per taluni gestori, derivanti dall'intrecciarsi di questo percorso con quelli afferenti alle riforme della residenzialità e semiresidenzialità di lunga assistenza socio-sanitaria (RSD, CDD, CSS).

Obiettivo imprescindibile del presente Piano è, conseguentemente, l'integrazione della riabilitazione dei settori sanitario e socio sanitario, soprattutto in riferimento alla riabilitazione geriatrica e di mantenimento, al fine di raggiungere una più omogenea distribuzione sul territorio lombardo di posti letto a carattere riabilitativo.

Sarà necessario creare un modello di percorso integrato e continuo sanitario, socio-sanitario e sociale, ove i servizi di riabilitazione si modulano alle differenti condizioni di fragilità dei pazienti con gli obiettivi di:

- monitorare l'implementazione della riabilitazione di mantenimento per il reinserimento e la riabilitazione generale e geriatrica in ciclo diurno continuo;
- governare la complementarità dell'intervento riabilitativo (specialistico, generale e geriatrico, di mantenimento, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare), la sua appropriatezza ed i suoi costi;
- monitorare il sistema di classificazione definito per la riabilitazione nei regimi diurno continuo e ambulatoriale.

Verranno promosse le seguenti azioni:

- autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione delle attività riabilitative riordinate ai sensi della Delib.G.R. n. 19883 del 2004;
- definizione dei budget e indicazioni per la contrattazione con le Aziende Sanitarie Locali;
- messa a punto dei flussi informativi per l'assolvimento del debito informativo e per il monitoraggio delle attività di riabilitazione.

[12] La cosiddetta riabilitazione specialistica, prevalentemente indirizzata ad interventi post-acute o comunque di tipo complesso ed intensivo su patologie cronico-degenerative in fase di riacutizzazione; la riabilitazione generale geriatrica di tipo più indifferenziato ed estensivo su pazienti prevalentemente anziani; la riabilitazione di mantenimento, destinata ad assistere i pazienti, per un periodo massimo di 30 giorni, nell'immediata fase post-intensiva

### 3.9 L'assistenza e cura post/acuta e cronica a domicilio

La prevenzione terziaria ed alcune modalità riabilitative dovranno prevedere la promozione di modalità innovative della gestione della cronicità che possano proporre dei percorsi diagnostico-terapeutici veramente alternativi rispetto a quelli attualmente erogati prevalentemente in regime

ospedaliero ed in acuzie. Ci si riferisce qui alla cura ed alla assistenza delle principali patologie cronico-degenerative, che impegnano più del 60% delle risorse destinate alla sanità e che rientrano tra gli obiettivi potenziali delle attività di riabilitazione e di lungoassistenza territoriale e domiciliare (intese come interventi finalizzati ad agire sul decorso della cronicità, con la finalità di recuperare la funzione o rallentarne il più possibile l'evoluzione verso livelli maggiori di disabilità e di ridurre la quantità e l'intensità delle fasi di riacutizzazione).

Anche in questo ambito, come già evidenziato per le terapie proprie dell'acuzie e per l'area della psichiatria e della neuropsichiatria, sarà necessario proseguire il lavoro già iniziato di individuazione delle corrette modalità di erogazione dei servizi, definendo in collaborazione con il mondo professionale la corretta relazione tra livello di disabilità e/o deficit funzionale di organo od apparato e modalità di presa in carico del paziente in uno dei tre livelli di cura sopra ricordati. Quando necessario, per supportare l'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici, verranno individuate modalità innovative di finanziamento delle prestazioni, con particolare attenzione alla modalità ambulatoriale di erogazione dei servizi.

### 3.10 I processi di riforma: le strategie, gli obiettivi e le azioni per il prossimo triennio

Il modello di welfare e di governance che si sta attuando richiede il passaggio a sistemi integrati, in grado di produrre beni e servizi adeguati a rispondere ai bisogni all'interno di processi di riproduzione sociale, dando vita a filiere «sussidiarie» di produzione delle risposte: in altri termini, processi di produzione in grado sia di offrire beni e servizi efficaci, sia di rafforzare e moltiplicare i legami sociali.

In quest'ottica si collocano gli obiettivi definiti per ogni area di intervento che prevedono azioni rivolte alla qualificazione della rete dei servizi, sia sotto l'aspetto organizzativo e gestionale sia sotto il profilo strutturale. Si tratta, infatti, di proseguire per un verso nell'azione di rafforzamento della rete di unità d'offerta alternative alla residenzialità permanente e per un altro nell'azione di incentivazione e di miglioramento della qualità del patrimonio edilizio, tecnico e professionale esistente.

Impegni trasversali a tutte le aree, rimangono, per il prossimo triennio: sostegno alla famiglia, qualità dei servizi, integrazione tra tutti gli attori del sistema e libertà di scelta del cittadino.

### 3.11 La famiglia tra fragilità e risorse

In materia di welfare sociosanitario e sociale il tema più rilevante, accanto a quello della sostenibilità finanziaria, è quello delle relazioni, delle «appartenenze». È in questa chiave che resta attuale la scelta di un welfare centrato sulla famiglia promossa dalla Regione Lombardia in questi anni.

Se si vuole applicare in modo ancora più completo il principio di sussidiarietà, occorre ridisegnare il sistema di welfare ridefinendolo sulle necessità emergenti delle famiglie, assumendo il benessere di queste come uno scopo strategico al pari del sostegno dell'occupazione e della competitività generale del sistema.

In tale chiave diventa prioritario intervenire:

- sulla leva della fiscalità locale (ICI, Tassa Rifiuti Solidi Urbani) per sostenere la famiglia in quanto soggetto centrale del sistema di welfare. Ciò dovrebbe avvenire attraverso la promozione del nucleo familiare, la definizione di un quadro più ampio di interventi a sostegno della maternità e di

una più organica e socialmente sostenibile politica di deduzioni e detrazioni fiscali progressive correlate al numero di figli;

- sulla valorizzazione dei consultori familiari, quali servizi di base molto orientati alla prevenzione, informazione ed educazione alla salute, potenziandone la funzione di riferimento per la famiglia lungo il suo ciclo di vita e la capacità d'accoglienza, d'analisi e di risposta integrata (sociale, socio-sanitaria e sanitaria) alla generalità delle aspettative familiari. Andranno altresì potenziate le azioni rivolte allo sviluppo ed alla riqualificazione delle attività rivolte alle famiglie e ai minori, in particolare l'educazione sessuale e l'educazione all'affettività, la preparazione dei giovani al loro ruolo di futuri coniugi e genitori ed il sostegno alla genitorialità. La proposta preventiva dovrà essere estesa al target costituito dagli extracomunitari, anche al fine di attuare iniziative volte a sostenere le responsabilità familiari e contrastare pratiche legate ad usi e costumi del Paese d'origine che siano lesive della integrità e della salute della persona, promuovendo campagne informative e avvalendosi di strumenti di mediazione culturale. Saranno potenziate le attività d'accompagnamento alle coppie e famiglie disponibili all'adozione e all'affidamento;

- sul sistema dell'offerta dei servizi che, in considerazione dell'incidenza crescente di persone non autosufficienti, dovrà necessariamente rinforzarsi, anche tenendo conto che la difficile distinzione tra cura e assistenza, a volte impossibile nelle situazioni di fragilità estrema, rischia di richiedere un crescente impegno di risorse, non solo economiche, alla famiglia, «scaricando» su di essa gli oneri del mutamento demografico. Pertanto il sistema dei servizi dovrà essere sostenuto, non soltanto sul versante della residenzialità, ma anche su quello delle cure domiciliari e della semiresidenzialità, che rappresentano il modo per sostenere i compiti di assistenza delle famiglie razionalizzando e diversificando gli investimenti pubblici. Continuerà ad essere potenziata l'assistenza domiciliare, anche attraverso sistemi di voucherizzazione sociale e sociosanitaria;

- sul tema della non autosufficienza: Regione Lombardia, nell'ambito del Sistema sociosanitario e sociale, a fronte dell'incremento della fragilità nella popolazione lombarda e del conseguente aumento dello stato di bisogno e nell'ottica di ricercare soluzioni adeguate per affrontare in maniera sinergica ed integrata il tema della fragilità, valuterà la previsione di un Fondo per la non Autosufficienza in relazione alle determinazioni del livello nazionale;

- sul sistema dei servizi innovativi realizzati in attuazione della L.R. n. 23/99, che ha ottenuto importanti risultati generando nuove opportunità per molte famiglie, creando le condizioni per lo sviluppo delle attività sinergiche degli attori non istituzionali (cooperative sociali, associazioni di solidarietà familiare, imprese private) e generando processi di sostegno ed orientamento alla funzione genitoriale. I risultati raggiunti dovranno essere consolidati attraverso iniziative di verifica degli impatti e di integrazione nel consolidato sistema di offerta.

Nell'ambito di una complessiva attenzione alle esigenze d'organizzazione e gestione dei tempi della famiglia ed al ruolo attivo di tutti i suoi componenti, è opportuno dare rilevanza, in un'ottica sussidiaria, al ruolo familiare dei «nonni». Verranno sviluppati interventi mirati ed innovativi d'integrazione sociale e culturale a favore dei cittadini anziani autosufficienti, anche attraverso progetti di promozione del loro ruolo all'interno della famiglia e della vita sociale.

Strategie volte a tutelare la fragilità daranno impulso allo sviluppo, alla messa a regime su tutto il territorio regionale dei servizi di «prossimità», quali ad esempio la telefonia sociale dedicata (ascolto, intervento sociale, fornitura di servizi a domicilio) o il portierato sociale (custode sociosanitario).

Le azioni che saranno attuate possono essere declinate in:

- azioni a sostegno della tensione reddituale attraverso l'introduzione di agevolazioni per famiglie numerose riguardanti la fiscalità, il sostegno delle famiglie numerose attraverso la finalizzazione di buoni e voucher sociali e la promozione di «polizze risparmio» dedicate a sostenere le esigenze della crescita per i figli di famiglie numerose;

- azioni a sostegno della maternità e della famiglia con la definizione di un programma per le politiche di conciliazione tra maternità e lavoro ed il consolidamento della rete di servizi innovativi per la prima infanzia (micronidi, nidi famiglia, ecc.) attivata negli scorsi anni e attuazione del programma di interventi strutturali di riqualificazione della rete dei servizi per la prima infanzia;

- azioni a sostegno delle funzioni di cura della famiglia: la sperimentazione e messa a regime di modelli di incontro domanda/offerta tra famiglie e soggetti da impiegare nell'assistenza familiare a persone non autosufficienti, attivazione di reti non profit di servizi in risposta alle esigenze delle famiglie (maternità, disagio adolescenza, abbandono scolastico....) con modalità di accesso facilitato (call center / numero verde).

### 3.12 Gli anziani

Nel triennio precedente, l'obiettivo è stato quello di completare ed aggiornare la rete delle RSA con particolare riguardo alla equità distributiva ed alla uniformità degli standard di sicurezza e di assistenza. Lo scenario attuale presenta come punto di forza un'offerta di ricovero più omogenea e cospicua (il numero di posti letto è superiore alla somma di tutti i posti letto delle altre Regioni), un adeguamento completo agli standard gestionali, una banca dati di dimensioni uniche, almeno in Italia. Con una media di 7 posti letto ogni 100 abitanti sopra i 75 anni è stato praticamente raggiunto l'obiettivo programmatico che il PSSR 2002-2004 si poneva.

Il contesto tuttavia ha rivelato anche punti di debolezza:

- scarsa capacità del sistema nell'informazione, nell'orientamento e accompagnamento delle famiglie nel percorso assistenziale;

- ricorso alla istituzionalizzazione permanente anche per una quota di popolazione anziana che presenta un grado di fragilità lieve.

Entrambi i fattori comportano un alto rischio di inappropriato utilizzo del servizio che comporta l'adozione di politiche che supportino la permanenza a domicilio dell'anziano, anche se non autosufficiente, il più a lungo possibile potenziando e diversificandone ulteriormente l'offerta domiciliare in modo che possa essere sostenuta anche l'emancipazione dall'istituzione nei casi di minore fragilità.

Si perseguiranno i seguenti obiettivi:

- sostenere progetti che mirino ad incentivare i rientri temporanei a domicilio implementando un modello di assistenza agli anziani non autosufficienti che consenta l'alternanza di periodi di cura all'interno delle strutture sanitarie e sociali e periodi di cura a domicilio;

- mettere a regime i ricoveri di sollievo;

- prevedere soluzioni alloggiative di comunità, anche attraverso la possibilità di utilizzare all'interno delle strutture comunitarie il voucher socio sanitario e i buoni e voucher sociali dei Comuni;



- sviluppare le potenzialità ancora inespresse degli attuali Centri Diurni Integrati;
- monitorare la implementazione della riabilitazione di mantenimento per il reinserimento e la riabilitazione geriatrica in ciclo diurno continuo;
- governare la complementarità dell'intervento riabilitativo (specialistico, generale e geriatrico, di mantenimento, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare), la sua appropriatezza ed i suoi costi;
- indicare modelli operativo-gestionali che permettano di garantire un quadro di compatibilità tra i bisogni espressi, l'appropriatezza della risposta e le risorse a disposizione, all'insegna di uno sviluppo sostenibile;
- sostenere la programmazione locale per supportare, anche in termini economici, le famiglie che assistono/ospitano anziani non autosufficienti o soli;
- progettare percorsi e processi per favorire la semplificazione del corretto accesso ai servizi e la continuità assistenziale.

Verranno promosse le seguenti azioni:

- sviluppare una politica tariffaria a sostegno di una rete di servizi integrativi alla RSA che sia in grado di raggiungere una massa critica;
- governare l'accesso ai servizi, attraverso lo sviluppo di una funzione di comunicazione e facilitazione della trasparenza nei rapporti fra domanda e offerta.

### 3.13 I disabili

Il contesto attuale di riferimento ha come grandi punti di forza: una ricca rete, sociale e socio sanitaria, di interventi, servizi e strutture, per le diverse forme di protezione delle persone con disabilità; crescente attenzione e specializzazione nei percorsi di diagnosi e terapia delle diverse forme di disabilità. Il contesto tuttavia presenta punti di debolezza:

- limitata possibilità di soddisfacimento delle domande di presa in carico, da parte delle Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile, dei disabili in età evolutiva, con conseguente disagio delle famiglie nei percorsi di inserimento scolastico e di abilitazione e riabilitazione;
- insufficiente presa in carico da parte dei genitori e delle famiglie nel momento in cui si verifica l'insorgere di una qualunque forma di disabilità nei figli o nei familiari, dalla «prima comunicazione» all'orientamento nel mondo dei servizi e all'informazione sui benefici e sulle opportunità;
- crescente e progressivo invecchiamento della popolazione disabile già assistita e insufficiente promozione di interventi di inclusione sociale che favorisca la diminuzione della popolazione disabile da assistere;
- crescente comparsa di nuove gravi disabilità acquisite in età adulta;
- carente capacità del sistema nell'informazione, nell'orientamento e accompagnamento della famiglia e/o della persona disabile nel percorso di realizzazione del progetto individuale;

- messa a punto di un sistema informativo regionale che produca un'unica banca dati, dinamica e sinergica, sulla disabilità definendone i criteri di classificazione;

- una non completa offerta qualitativa e quantitativa di opportunità residenziali per le persone adulte con disabilità.

Verranno attuate politiche che includano il disabile nella vita sociale, lavorativa, istituzionale, garantiscano il diritto di permanenza nel proprio nucleo familiare e nel proprio contesto sociale e sostengano il percorso di vita autonoma.

Si perseguiranno i seguenti obiettivi:

- favorire l'attivazione di interventi e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità;

- creare un sistema informativo regionale sulle disabilità in grado di fornire dati utili alla programmazione regionale e locale;

- snellire, informatizzare, qualificare ed uniformare criteri e procedure amministrative per l'accertamento dell'invalidità e della disabilità;

- incrementare la qualità della rete dei servizi e degli interventi;

- sostenere la programmazione locale per un supporto sociale, anche in termini economici, delle famiglie che assistono/ospitano disabili non autosufficienti o soli;

- sviluppare iniziative sperimentali per favorire la presa in carico globale della persona disabile nel suo percorso di vita (case management) e per la sua vita autonoma;

- sviluppare progetti abitativo-residenziali per persone che intendono avviare un percorso di autonomia dalla famiglia ricorrendo anche al supporto dell'innovazione tecnologica (domotica) per agevolare la vita autonoma e la riduzione dei costi assistenziali domiciliari.

Verranno promosse le seguenti azioni:

- attivazione di iniziative sperimentali volte a promuovere l'inclusione sociale delle persone disabili;

- in accordo con la D.G. Sanità e con la D.G. Formazione e Lavoro: costruire ed implementare un unico sistema informativo dinamico che riunisca le banche dati oggi esistenti;

- informatizzare il percorso amministrativo per l'accertamento dell'invalidità civile;

- individuare ed applicare uno strumento tecnico per l'accertamento dello stato di grave disabilità;

- sperimentare percorsi specializzati per la presa in carico di gravi disabilità in età evolutiva e fragilità importanti causate da gravi cerebrolesioni acquisite in età adulta o da malattie cronico-degenerative;

- sperimentare forme alloggiative che agevolino la vita autonoma, e sollecitino forme di solidarietà e sussidiarietà.

La crescente attenzione e specializzazione nei percorsi diagnostici e terapeutici per le persone disabili ha prodotto il Progetto DAMA (disabile advanced medical assistance).

### 3.14 Continuità del percorso assistenziale ospedale territorio per il paziente disabile

Si conferma la necessità che i servizi e gli operatori si attivino per rispondere in maniera coordinata e continuativa alla molteplicità dei bisogni espressi, in un sistema di interrelazioni che costituiscono la rete integrata per le disabilità.

L'esperienza maturata in Regione Lombardia con il Progetto DAMA, promosso a partire dal 2002 presso l'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano, in collaborazione con l'Università di Milano e le Associazioni dei Familiari, ha dimostrato l'efficacia, l'efficienza e la qualità di un modello di assistenza sanitaria dedicato specificatamente al paziente disabile grave che necessita di interventi diagnostico-terapeutici in ambito specialistico.

L'obiettivo di questo PSSR sarà, conseguentemente, quello di sviluppare ulteriori modelli di «accoglienza medica per il disabile grave in ambito ospedaliero» nel territorio lombardo.

L'assistenza sanitaria al paziente disabile necessita, infatti, del coordinamento delle attività multiprofessionali e multidisciplinari, affinché siano prima analizzati tutti gli aspetti della persona in relazione ai bisogni causati dall'evento lesivo e successivamente elaborati programmi individualizzati di riabilitazione, rieducazione e reinserimento sociale, alla cui definizione dovranno partecipare attivamente il paziente con disabilità e la sua famiglia.

L'impegno del Servizio Sanitario Regionale è volto in primo luogo a garantire che l'intervento riabilitativo sia precoce, al fine di ridurre gli esiti invalidanti degli eventi accaduti, nonché di facilitare il recupero di competenze funzionali e/o lo sviluppo di competenze sostitutive, attraverso l'adozione di criteri di appropriatezza, di Evidence Based Medicine e di efficienza. L'introduzione degli strumenti di governo clinico (con particolare riferimento alla valutazione degli outcomes, alla medicina basata sull'evidenza, all'utilizzo di linee guida cliniche e di percorsi assistenziali) deve inoltre essere estesa anche agli interventi territoriali.

### 3.15 I minori

Le politiche regionali attuate nelle precedenti legislature hanno consentito la realizzazione di un sistema di interventi e servizi per minori molto articolato e diffuso su tutto il territorio regionale. Il principio della sussidiarietà è particolarmente agito in quest'ambito, con particolare riferimento all'apporto dell'associazionismo familiare nella progettualità, anche sperimentale e innovativa, che ha consentito e consente un buon supporto alle famiglie nei loro bisogni di sostegno nel compito educativo e d'assistenza.

Peraltro, sulla popolazione minorile influiscono non solo i mutamenti sociali culturali ed economici più generali, ma anche quelli più specifici dell'età adulta o della famiglia come ad esempio l'incremento costante del tasso di immigrazione, l'aumento del numero di separazioni, le difficoltà di sostentamento per le famiglie monoreddito. Conseguentemente, il territorio lombardo si caratterizza per una particolare presenza di emergenti problemi sul fronte del disagio minorile e più nello specifico di quello adolescenziale e preadolescenziale, che sfocia in forme di disadattamento più o meno conclamato o in disturbi psicologici più o meno gravi.

Verranno attuate strategie che assicurino il diritto del minore a crescere ed essere educato nella famiglia, in sinergia con gli altri ambienti educativi e sociali a lui destinati in armonia con la legge

regionale 34/04 e facilitino lo sviluppo armonico della personalità del minore ed il suo inserimento nella realtà sociale, economica ed istituzionale, promuovendo e definendo politiche integrate.

Verranno perseguiti i seguenti obiettivi:

- analizzare, monitorare ed interpretare i fenomeni inerenti alla realtà minorile, al fine di fornire alla Regione idonei strumenti per l'adozione delle scelte strategiche promuovendo politiche regionali intersettoriali sui minori;
- sostenere interventi di prevenzione e di trattamento delle situazioni di disagio e di tutela del minore in caso di maltrattamento, abuso o violazione dei suoi diritti, della sua dignità, integrità e libertà personale;
- accrescere, integrandole, le azioni di prevenzione, abilitazione e riabilitazione delle disabilità in età evolutiva;
- migliorare il sistema dell'offerta di servizi e interventi a favore dei minori, sviluppare e promuovere l'accoglienza familiare.

Verranno promosse le seguenti azioni:

- realizzazione dell'Osservatorio Regionale sui minori attraverso l'attivazione del Comitato di coordinamento interdirezionale, affinché i provvedimenti regionali che incidono sui minori siano frutto di politiche integrate;
- sperimentazione di interventi e servizi volti a promuovere l'inclusione del minore nella realtà sociale economica;
- completamento del riordino delle unità d'offerta e dei servizi per minori;
- potenziamento e riqualificazione delle attività dei Consultori Familiari rivolte alle famiglie e ai minori;
- sviluppo e riqualificazione dell'istituto dell'affidamento familiare attraverso la definizione di specifiche linee guida e protocolli operativi;
- implementazione delle Comunità familiari e sperimentazione di interventi innovativi per incentivare l'accoglienza familiare.

### 3.16 Povertà, emarginazione, carcere

L'esperienza di povertà si sta diffondendo in Lombardia con effetti non ancora misurabili in quanto la povertà non comprende solo bassi salari e consumi ridotti al minimo, ma anche difficoltà relativa al disagio abitativo, di accesso ad adeguati livelli di reddito, di occupazione, di istruzione, di risorse sanitarie, di beni primari (alimentazione e vestiario), di opportunità di vivere una vita dignitosa. Conoscere e comprendere l'evoluzione e il profilo più generale delle diverse forme di povertà costituisce un elemento fondamentale per capire come si può ridurre e contrastare la povertà e l'emarginazione sociale, in particolare nei confronti dei gruppi più vulnerabili della popolazione che sono, rispetto ai principali indicatori delle forme di povertà relativa e assoluta, i ragazzi poveri tra i 0 e i 18 anni. La promozione e la realizzazione di programmi di inclusione sociale dovrà prevedere l'attuazione di interventi attraverso azioni di reinserimento sociale, abitativo e lavorativo.

Nell'area carcere si evidenzia la stessa necessità di conoscere e comprendere l'evoluzione del fenomeno e la condizione delle persone sottoposte a misure privative della libertà e di individuare programmi di inclusione sociale finalizzati alla promozione e realizzazione di azioni volte al recupero di tali persone sia all'interno degli istituti di pena, sia nell'ambito d'applicazione delle misure alternative al carcere; sostenere l'interazione tra carcere e territorio attraverso azioni promosse dalle istituzioni che con competenze diverse sono impegnate in materia penale. Occorre perciò pensare a modalità di intervento sistemiche per favorire il reinserimento socio-lavorativo della popolazione carceraria. In ultima istanza l'analisi evidenzia la necessità di sviluppare un sistema integrato di interventi finalizzati a contrastare i processi di esclusione sociale, le situazioni di nuove povertà e di abbandono sociale ancorando i progetti nell'ottica del rispetto della dignità umana e del raggiungimento di obiettivi centrati sulla persona. In questo modo la gestione non è più una questione di compensazione di svantaggi ma prevalentemente di prevenzione del rischio mediante l'affermazione di «standard» di normalità.

Verranno perseguiti i seguenti obiettivi:

- dotarsi di uno strumento organico e relazionale per la conoscenza delle caratteristiche del fenomeno delle povertà e dei gruppi emarginati;
- promuovere e sviluppare una rete integrata dei servizi e degli interventi fortemente ancorata alle politiche sociali complessive;
- sviluppare azioni preventive finalizzate alla riduzione degli eventi di rischio di emarginazione sociale;
- promuovere l'autonomia abitativa attraverso sperimentazione di formule alloggiative diversificate, strutture di accoglienza/ servizi e agenzie/servizi di intermediazione per l'accesso al mercato delle abitazioni e del lavoro per il sostegno all'integrità della persona e per il reinserimento di categorie protette;
- sostenere lo sviluppo di interventi progettuali a favore delle persone detenute e/o sottoposte a misure restrittive della libertà. In particolare nelle seguenti aree: intervento sul disagio psichico; promozione delle relazioni familiari; interventi sui dimittendi e/o sottoposti a misure alternative, interventi nel settore dell'esecuzione penale extramuraria.

Verranno promosse le seguenti azioni:

- sperimentazioni di modalità di intervento integrative e/o migliorative dell'offerta al fine di garantire una maggiore fruibilità del sistema dei servizi anche attraverso la realizzazione di strategie collaborative tra più attori e processi;
- programmazione e sviluppo di processi di miglioramento dei livelli di funzione/prestazioni e adeguamento e stabilizzazione degli interventi preventivi a livello territoriale anche attraverso misure dirette alla formazione degli operatori di contatto con l'utenza;
- sviluppo di iniziative di reinserimento e reintegrazione sociale di formazione professionale, lavorative per promuovere l'autonomia delle persone;
- ampliamento delle tipologie di offerta abitativa e promozione di una rete integrata di servizi individuali e collettivi;

- ricerca e studio del fenomeno della povertà, delle forme di esclusione sociale e delle emarginazioni in tutte le sue manifestazioni; promozione di interventi penali interni ed esterni agli istituti di pena: formazione e orientamento, informazione e accompagnamento rispetto all'inserimento sociale e lavorativo.

### 3.17 Immigrazione, rifugiati e richiedenti asilo

A fronte del fenomeno migratorio monitorato dall'Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità, la società lombarda ha mostrato un'elevata capacità di accoglienza. La programmazione promuove la regolarità della stabilità del soggiorno, dell'inserimento sociale e lavorativo, contrastando le forme di esclusione e di sfruttamento delle persone.

Per garantire la coesione sociale e l'integrazione della popolazione immigrata, nel pieno rispetto dei diritti fondamentali della persona umana, è necessario sostenere un sistema integrato di interventi che tenga altresì conto delle esigenze proprie di quanti sfuggono da situazioni di violenze, guerre e persecuzioni (rifugiati, richiedenti asilo nonché persone vittime dei processi di «traffico dei migranti» e di «tratta» a scopo di sfruttamento per l'accattonaggio, il lavoro nero e la prostituzione). Occorre perciò mantenere vigile l'attenzione sul sistema dei servizi attivi e da attivare ex novo promuovendo azioni di studio di aspetti ad oggi poco approfonditi anche alla luce dei processi di mutamento in atto, che tendono a configurare in modo nuovo le stesse migrazioni. In tal modo la programmazione regionale promuove altresì interventi volti ad assicurare, da un lato, azioni di integrazione sociale e culturale degli stranieri e, dall'altro, a sostenere iniziative per far fronte al disagio e all'emarginazione. L'Osservatorio regionale, con il sussidio della rete interprovinciale di attività degli Osservatori Provinciali sull'immigrazione, continuerà a monitorare la realtà dell'immigrazione, individuando e interpretando i cambiamenti in modo da rendere funzionale ed efficace l'azione di governance.

Verranno perseguiti i seguenti obiettivi:

- assicurare il sistema di rete attivato dall'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, in raccordo con gli Osservatori Provinciali sull'immigrazione, per una sistematica conoscenza dell'evoluzione del fenomeno migratorio tanto a livello regionale che provinciale, garantendo altresì una diffusione dei dati e degli esiti delle ricerche attraverso iniziative pubbliche (seminari e convegni) e consultazione on line della Banca dati;

- assicurare agli stranieri, ivi compresi rifugiati e richiedenti asilo, presenti sul territorio regionale condizioni di vita più decorose, creando i presupposti che permettono la stabilità della permanenza legale dei cittadini stranieri. In questa prospettiva sarà possibile il mantenimento della coesione sociale quale elemento prioritario per garantire sostenibili condizioni di vita e sicurezza per tutti;

- migliorare il grado di efficacia dei programmi di intervento di accoglienza e di stabilizzazione sostenendo tutte le fasi del processo di inclusione nel rispetto delle diversità;

- promuovere sperimentazioni su aree tematiche non ancora sufficientemente affrontate in termini progettuali, che richiedono concertazioni e partnership tra soggetti pubblici e privati;

- garantire lo sviluppo di un sistema integrato di interventi finalizzati a promuovere la coesione sociale nell'ottica del rispetto della dignità umana e del raggiungimento di obiettivi centrati sulla persona;

- prevenire e contrastare il fenomeno delle mutilazioni sessuali;
- implementare una rete di sicurezza finalizzata alla definizione di azioni concrete di intervento a favore delle vittime di tratta e di sfruttamento.

Verranno promosse le seguenti azioni:

- sperimentazione di forme di collaborazione tra scuola, consultori e PLS per evidenziare e prevenire problematiche legate alla condizione psico-fisica dei minori;
- monitoraggio dell'evoluzione del fenomeno dell'immigrazione;
- ampliamento delle tipologie di offerta e promozione di una rete integrata di servizi individuali e collettivi;
- sperimentazione per la diffusione della conoscenza della lingua e della cultura italiana tra gli stranieri nel pieno rispetto della lingua e della cultura di origine;
- qualificazione dei servizi alla persona in termini interculturali e promozione per lo sviluppo di un supporto di mediazione culturale;
- contrasto e prevenzione del fenomeno delle mutilazioni sessuali presso le ASL e le AO ed in particolare i consultori pubblici e privati, attraverso attività di informazione e di ascolto per le donne straniere ed il potenziamento della figura della mediatrice culturale e di professionalità preparate ad un approccio multi-culturale e interdisciplinare;
- sperimentazione di sportelli informativi e di orientamento sociale e culturale per la semplificazione delle pratiche amministrative.

### 3.18 Emigrazione e frontalierato

La Regione tutela il principio di equità anche per i cittadini lombardi che vivono al di fuori del territorio nazionale, promuovendo forme di partecipazione, di solidarietà e di difesa dei lavoratori emigranti e delle loro famiglie, attraverso interventi ed iniziative culturali volte a salvaguardare e rafforzare l'identità originaria, nonché tutelare gli interessi economici dei rimpatriati e favorirne il reinserimento sociale.

A tal fine appare indispensabile predisporre nuove linee guida in materia di emigrazione lombarda che meglio consentano di raggiungerne gli obiettivi prioritari:

- soddisfare il bisogno degli emigranti lombardi di mantenere i rapporti con la società di origine;
- avvicinare le nuove generazioni nate fuori dall'Italia alla propria cultura;
- cooperare con i paesi che ospitano i nostri corregionali per ridurre il distacco dalla cultura di origine;
- promuovere e valorizzare l'associazionismo dei migranti;
- potenziare le forme di comunicazioni tra emigranti e strutture pubbliche e/o reti associative, anche attraverso una rete di supporto informatizzato.

Con L. n. 386/75 sono state definite le modalità di esecuzione dell'accordo tra Italia e Svizzera relativamente alla compensazione finanziaria dell'imposizione dei lavoratori frontalieri. L'accordo ha come obiettivo primario quello di agevolare i lavoratori frontalieri nel raggiungere la sede lavorativa, nonché di migliorarne la qualità della vita e favorire l'integrazione delle aree appartenenti al frontaliere. Le attività previste dal Trattato sono per il 90% di carattere infrastrutturale: opere pubbliche di viabilità, di trasporto e edilizia abitativa, e solo il 10% sono servizi effettivamente resi e fruiti dai beneficiari.

Diventa quindi prioritario garantire una maggiore organicità alle attività previste, sostenendo maggiormente tutte quelle di carattere assistenziale, in particolare le attività progettuali che si prefiggono interventi di carattere socioassistenziale e sociosanitari, educativi, formativi e culturali sinora poco sviluppate.

### 3.19 Le dipendenze

A fronte di una evoluzione molto rapida del fenomeno, il sistema di intervento ha offerto risposte complementari ed integrate, grazie anche ad alcune sperimentazioni regionali specifiche, ma non sempre sufficienti. L'evoluzione della rete di intervento prevede una maggiore connessione tra i «nodi», non solo dell'ambito socio-sanitario, e la disponibilità di strumenti più adatti alla nuova realtà. In particolare l'istituzione di un Osservatorio Regionale e la predisposizione di adeguate campagne di informazione e prevenzione che utilizzino linguaggi adatti ai target di riferimento. Una attenzione andrà rivolta anche all'abuso di alcol al fine di alzare l'attenzione rispetto ad un fenomeno misconosciuto o, quantomeno, normalizzato.

È quindi necessario prevedere modalità di intervento differenziate a seconda delle diverse situazioni e delle diverse tipologie di utenza. Si possono anche ipotizzare, in via sperimentale, percorsi di cura e di recupero «intermedi» o, ancor meglio, integrati tra attività ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali, in particolare per quella utenza le cui caratteristiche (abuso in atto compatibile con una integrazione sociale e lavorativa, uso di psicostimolanti, scarsa percezione di malattia) necessitano di un approccio differenziato rispetto ad altra utenza tossicodipendente.

Verranno attuate le seguenti strategie:

- contrastare tutte le forme di dipendenza, sia da sostanze illegali che legali, ponendo una particolare attenzione ai soggetti giovani e fragili;
- prevenire i fenomeni di abuso, sia di sostanze che di tipo comportamentale;
- offrire sostegno alle famiglie in senso preventivo ed educativo.

Verranno perseguiti i seguenti obiettivi:

- stabilizzare, rafforzare il sistema di intervento ed evolvere verso una maggiore appropriatezza degli interventi;
- acquisire una capacità di lettura della evoluzione del fenomeno in tempo reale;
- attivare una presa in carico precoce dei soggetti attraverso interventi «verso l'utente»;



- garantire la disponibilità di tutti gli interventi (trattamenti) appropriati per tutti i soggetti che ne abbisognano e la relativa continuità assistenziale;

- sviluppare interventi di prevenzione specifica differenziati per età e differenti target di popolazione.

Verranno promosse le seguenti azioni:

- attuazione della completa integrazione operativa tra servizi pubblici e Terzo settore all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze;

- sviluppo di programmi di formazione congiunta;

- attuazione del Coordinamento Interdipartimentale Regionale per un più efficace governo del sistema;

- costituzione dell'Osservatorio Regionale Dipendenze; estensione in tutta la regione del Sistema di Allerta Rapido (conoscenza in tempo reale delle sostanze in circolazione) e del Sistema Informativo Dipendenze (flusso epidemiologico e prestazioni);

- predisposizione di linee guida per particolari categorie di utenti a maggiore fragilità;

- studio ed attuazione di programmi di informazione e prevenzione destinati alla popolazione adulta impegnata in compiti educativi (famiglie ed insegnanti).