

Oui SANITÀ



■ **STRUTTURE**
L'edilizia
sanitaria
si adegua

■ **MOSAN**
Uniti
per le sfide
future

■ **LEA**
Assistenza
garantita
per tutti

CURARSI MEGLIO

Usiamo i farmaci
in modo sano



Regione Lombardia

Interventi
& OPINIONI

Uno strumento al vostro e nostro servizio

“Qui Sanità”, uno strumento pensato per portare a tutti gli operatori della Sanità regionale le informazioni sui progetti e sulle attività in corso, ma anche un valido veicolo di comunicazione tra le realtà locali e la Regione stessa.

di **Ketty Merlinò**
(Comunicazione Direzione Generale Sanità Regione Lombardia)

Cari amici, a tutti quelli che, come gli operatori della Sanità, sono chiamati quotidianamente a soddisfare i bisogni del cittadino con elevata professionalità, efficienza e precisione, la nostra società pone oggi una difficile sfida: compiere il proprio lavoro in modo

particolare, in maniera sinergica e integrata.

Ovvero, in un modo che sia coerente con la prospettiva del punto da cui origina la domanda che ci viene rivolta: il cittadino. Nell'elaborazione di un grande progetto che possa quindi raccogliere e vincere questa sfida, la Regione è partita proprio dal cittadino e, ribaltando l'impostazione sviluppatasi nel corso del tempo, ha quindi preso in considerazione la persona e la famiglia nel loro complesso, nella loro interezza, anziché averle “sezionate” secondo i concetti del bisogno per bisogno, particolare per particolare.

Partendo dalla centralità della

persona, è emersa in questo modo, e immediatamente, la necessità di una risposta integrata ai bisogni della persona e della famiglia, e quindi l'esigenza di organizzare i servizi che rispondono a tali bisogni secondo un disegno complessivo, una strategia pensata ed elaborata per raggiungere degli obiettivi che non siano solo quelli mirati alla singola azione.

È proprio questo il traguardo del Progetto di Comunicazione Socio-Sanitaria, che, accentuando l'impegno già profuso dalla Regione (Assessorato alla Sanità) nel piano della comunicazione, punta alla creazione di un sistema, di un network che faccia circolare l'informazione il più possibile e in tutte le direzioni.

“Qui Sanità” è un segmento di questo progetto: una newsletter il cui scopo è quello di portare capillarmente, a tutti gli operatori della Sanità, le informazioni sui progetti in corso e sulle attività intraprese, ma che al tempo stesso vuole essere stimolo e veicolo di comunicazione dalle realtà locali verso la Regione stessa (compresa quindi la Direzione Generale).

Vi invito perciò ad accogliere “Qui Sanità” come uno strumento di costante work in progress, al vostro e al nostro servizio.

SOMMARIO

3 L'editoriale dell'assessore Borsani

Dialogo tra gli operatori, informazione per il pubblico.

4 Ospedali & C. lavori in corso

La Regione ha stanziato 1,6 miliardi di euro per migliorare le strutture sanitarie lombarde.

di Alessandro Caviglia

5 Fiori all'occhiello: La carta sanitaria

Entro il 2005 tutti i cittadini lombardi riceveranno la carta magnetica con i dati sanitari personali.

di Claudio Beretta

6 LEA: tutto sui livelli essenziali di assistenza

Istituiti nel novembre 2001, i LEA sono stati recepiti dalla Giunta lombarda nel febbraio 2002.

di Loredana Luzzi e Marco Bosio

7 I farmaci: la spesa aumenta, l'industria incalza

La sanità pubblica si interroga sulla spesa farmaceutica, sui ticket e sul controllo delle industrie.

di Renzo Corti

8 Dossier: Campagna sull'uso dei farmaci

La grande campagna d'informazione voluta dalla Regione per educare i cittadini all'uso corretto dei farmaci.

di Luca Palestra

10 Le news dal mondo della sanità

Gli ospedali italiani nel mondo in rete, la legge per le medicine alternative, pillole con telecamere e altro...

di Andrea Lisi

11 Mobilità sanitaria in Lombardia con fiducia

Le strutture ospedaliere lombarde attirano i cittadini delle altre regioni. Lo dimostrano i dati del 2001.

di Carlo Zocchetti

12 Uniti per vincere le sfide future

Mosan 2002: operatori ed esperti si sono riuniti per trovare soluzioni ai problemi del mondo socio-sanitario.

di Carlo Rho

14 Responsabili Urp al servizio dei cittadini

Conosciamo da vicino i funzionari addetti alle relazioni con il pubblico.

Direttore Responsabile
Ketty Merlinò

Direttore Editoriale
Luciano Garibaldi

Comitato di Redazione
Alberto Biotti, Marco Bosio, Saverio D'Angeli, Massimo Lombardo, Loredana Luzzi, Carlo Zocchetti

Hanno collaborato
Claudio Beretta, Marco Bosio, Alessandro Caviglia, Renzo Corti, Andrea Lisi, Loredana Luzzi, Carlo Rho, Luca Palestra, Carlo Zocchetti

Realizzazione grafico-editoriale
Servizi Editoriali - P.zza De Angeli 3
20146 - Milano Tel. 024333581
www.servizieditoriali.com

In redazione
Davide Camicioli, Lorenzo Cresci, Enrica Suzzi

Fotografie
Cronopio,
Francesco Laera

Progetto grafico
Carlo Bertatini

Sped. in abbonamento postale comma 20/c art. 2 legge 549/95
Milano

In attesa di registrazione presso il Tribunale di Milano

Fotolito e Stampa
N.L.C. Srl
Via Fleming, 5
20092 Cinisello Balsamo (Mi)



La parola
ALL'ASSESSORE

Dialogo tra gli operatori, informazione per il pubblico

Perché "Qui Sanità"? Innanzitutto per dialogare con gli operatori onde favorire una loro piena adesione ai nostri obiettivi.

Al tempo stesso per dar vita a un veicolo informativo per il pubblico, che è il destinatario del nostro lavoro e del nostro servizio. Infatti, lo scopo del Piano Socio-Sanitario regionale scattato quest'anno e che si concluderà nel 2004 (la seconda parte della riforma lombarda della Sanità) è quello di accompagnare il paziente lungo tutto il percorso della malattia in modo che egli non avverta mai la sensazione di essere lasciato solo. Un impegno notevole che comporta la ristrutturazione degli ospedali esistenti, la costruzione di nuovi ospedali specifici di alta qualità scientifica, la creazione di strutture in grado di fronteggiare quelle situazioni (mi riferisco alle lungodegenze geriatriche, alla cura di sindromi quali l'Alzheimer, il Parkinson e via dicendo) che rappresentano un peso per le famiglie e una sofferenza per i pazienti.

Perché dunque un giornale in questo momento? Perché l'informazione? Perché gli operatori si sentano, attraverso queste colonne, maggiormente impegnati a realizzare l'obiettivo primario della politica sanitaria lombarda, che si compendia in questa massima: rendere sempre più facile la vita dei cittadini lombardi che hanno necessità di assistenza sanitaria, stare vicini a loro, far loro

sentire che la Regione combatte la malattia al loro fianco. Solo in questo modo il cittadino comprenderà la necessità degli investimenti massicci che la Regione Lombardia ha intrapreso nel settore della Sanità e intende portare avanti malgrado, da parte dello Stato, essa non abbia un equo ritorno dal prelievo fiscale. Una ragione che ci spinge ad auspicare la riforma dei criteri di ripartizione, in modo che il gettito fiscale dei cittadini lombardi, il maggiore del Paese, possa coprire le nostre spese sanitarie. Desidero qui sottolineare che la modernizzazione e il miglioramento del Servizio Sanitario regionale sono stati due tra i punti principali del programma amministrativo della Giunta di centrodestra fin dal suo primo insediamento, nel 1995. Ed è con particolare soddisfazione che ho letto di recente una inchiesta del "Corriere della Sera" da cui risulta che la Sanità lombarda è al primo posto in Italia nell'aver ridotto i tempi di attesa per una visita o un esame medico. Questi standard - come sottolineato dallo stesso, qualificato organo di stampa - sono dovuti al fatto che Milano ha allargato, grazie all'accreditamento di strutture private, l'offerta ai cittadini. Ma io aggiungo che sono anche dovuti alla delibera regionale che impone tempi - a seconda delle varie patologie -

L'importanza di far conoscere il funzionamento e le nuove iniziative del Servizio Sanitario della nostra Lombardia e confrontarci sui programmi.

di Carlo Borsani (Assessore alla Sanità della Regione Lombardia)

ben precisi, con l'obbligo, in caso di "sforamento", di fornire la prestazione senza poterne richiedere il pagamento. Alla riduzione dei tempi d'attesa ha contribuito altre-

si un'altra nostra innovazione, il "bollino verde" che il medico di famiglia è autorizzato ad apporre sulla prescrizione nei casi di effettiva urgenza. E a tale proposito, vorrei ricordare ai medici di famiglia quanto preziosa può essere la loro "presenza", anche dal punto di vista psicologico, al fianco dei loro pazienti che hanno usufruito del "bollino verde" e che pertanto si trovano in uno stato d'animo di comprensibile ansia e preoccupazione. Vorrei qui sottolineare che uno dei principali obiettivi della mia gestione della Sanità è stato di arrivare a "filtrare" il

rapporto malato-malattia attraverso l'intervento, autorevole quanto indispensabile, del medico di famiglia.

Desidero anche ricordare che la Giunta lombarda di centrodestra ha realizzato il più grande investimento d'Europa - sul piano regionale - in tema di rinnovo e riqualificazione di ospedali. Abbiamo investito 3mila miliardi di vecchie lire per riordinare il "parco" ospedaliero pubblico, creando nuovi Pronto Soccorso a Milano e in tutta la regione, ristrutturando ospedali obsoleti, attivando la realizzazione di nuovi ospedali a Bergamo e Como e verificando la possibilità di edificare nuovi ospedali a Legnano, Sondrio, Garbagnate, Broni-Stradella e sul Garda meri-



«Perché "Qui Sanità"? Perché gli operatori si sentano, attraverso queste colonne, maggiormente impegnati a realizzare l'obiettivo primario della politica sanitaria lombarda che è: stare vicini ai cittadini lombardi».

dionale. Nuovi ospedali ad alta specializzazione che ci hanno consentito e ci consentiranno di trasformare quelli più piccoli in strutture di assistenza per la riabilitazione e la lungodegenza.

A proposito del Pronto Soccorso, siamo ben consapevoli che sono queste le strutture dove si salvano vite umane e per questo vi abbiamo profuso un impegno forte, pari a quello che ha portato al potenziamento delle rete 118, impegno rapportato all'alta specialità della funzione, che richiede tecnologie, mezzi e professionalità ai massimi livelli.

Ultima iniziativa, in ordine di tempo, alla quale annettiamo grande importanza, il varo della "carta SISS" (Sistema Informativo Socio-sanitario), per il momento limitata a Lecco, grazie alla quale ogni paziente può disporre di una "carta d'identità" sanitaria elettronica completa e continuamente aggiornata che, da un lato, gli permette di godere di un'assistenza rapida e completa in qualsiasi punto della Lombardia, e dall'altro consente alla Regione di monitorare la spesa sanitaria individuale ricorrendo, ove del caso, agli opportuni correttivi. E anche questa innovazione di alta tecnologia rappresenta una assoluta novità, in campo sanitario, non solo per l'Italia ma per tutta Europa.



Più di 400 interventi programmati per oltre 1,6 miliardi di euro di investimenti già in gran parte realizzati cui vanno aggiunti 800 milioni di euro programmati nel breve periodo. Ecco i numeri del programma di edilizia sanitaria realizzato dalla Regione Lombardia.

I risultati di un ampio lavoro di rilevazione e censimento delle strutture sanitarie pubbliche, del loro stato di avanzamento e degli investimenti effettuati a partire dal 1995 sono stati raccolti in un volume ("Edilizia sanitaria in Lombardia - L'edilizia pubblica al servizio della salute"), presentato ufficialmente al Mosan EuroSalute 2002. L'attuale Giunta Regionale, nel riformare e ridisegnare l'organizzazione del sistema sanitario, ha dedicato particolare attenzione al miglioramento delle strutture, garantendone la messa in sicurezza. Infatti, **due terzi degli ospedali, poliambulatori e strutture pediatriche lombarde ha oltre cinquant'anni di vita** e questo crea immancabili difficoltà nell'assicurare quell'efficienza che la gestione della Sanità richiede in termini edilizi, logistici e di attrezzature. **Gli interventi sono importanti e realizzati con un obiettivo ben preciso: aumentare efficienza, efficacia ed economicità delle strutture** sia nei momenti di programmazione e realizzazione degli interventi - con la collaborazione di architetti, ingegneri e imprese - sia per quanto riguarda il loro finanziamento, da parte di imprese o istituti di credito, attraverso il project financing o la concessione di costruzione e gestione.

«Questa Giunta Regionale - osserva nella presentazione del volume l'assessore alla Sanità Carlo Borsani - ha fin dal 1995 dedicato particolare attenzione al miglioramento e aggiornamento delle strutture, compiendo un accurato lavoro di programmazione e investimenti, non solo per garantirne la messa a norma e la sicurezza, ma anche per renderle più moderne ed efficienti, in linea con i requisiti richiesti dagli accredita-



EDILIZIA Così cambia il panorama delle strutture sanitarie lombarde

Ospedali & C. lavori in corso

Due terzi degli ospedali, strutture pediatriche e poliambulatori lombardi hanno oltre cinquant'anni di vita. La giunta regionale ha dedicato particolare attenzione al loro miglioramento, garantendone la messa in sicurezza e il loro ritorno alla piena efficienza.

a cura di Alessandro Caviglia (Dirigente Struttura Edilizia Sanitaria Regione Lombardia)

menti. Lo sforzo economico operato è del tutto considerevole ed è destinato ad aumentare ulteriormente a causa del doppio trend legato all'evoluzione tecnologica e all'invecchiamento strutturale, che intendiamo sostenere per un ulteriore rinnovamento e miglioramento della rete ospedaliera,

punto cardine del futuro della nostra Sanità». Avendo come principale obiettivo, si può concludere sempre con le parole dell'assessore, quello di «**garantire con la massima efficienza il diritto alla salute dei cittadini lombardi, coniugando con l'economicità e il risparmio gestionale**». 🏥

Il libro, i suoi contenuti

La pubblicazione "Edilizia sanitaria in Lombardia - L'edilizia pubblica al servizio della salute" fornisce un utile strumento di lavoro a chi è impegnato nell'azione di ammodernamento delle strutture ospedaliere.

Il volume - redatto da un gruppo di lavoro composto da: Ing. Alessandro Caviglia (Dirigente), Diego Dalla Muta, Gilberto Giorgi, Fabio Nulli, Giuliano Onofri e Alberto Orlandi - è diviso in 4 sezioni:

- 1) un quadro di riferimento che inserisce la problematica trattata nel contesto della normativa nazionale;
- 2) lo stato delle strutture sanitarie;
- 3) gli accordi e le linee guida per la programmazione dei fondi di edilizia sanitaria, con informazioni operative sulle procedure da seguire per la richiesta e conferma dei finanziamenti;
- 4) la progettazione ovvero le operazioni da seguire, le procedure e i documenti da presentare per accedere ai finanziamenti.

È possibile richiedere il volume in Regione Lombardia, presso la **Struttura Edilizia Sanitaria-Direzione Generale Sanità**, in via Pola 9/11, 20124 Milano. Per ulteriori informazioni vedere il sito: www.sanita.regione.lombardia.it.

Gli interventi della Regione

Gli interventi del 2002 hanno interessato numerose strutture della regione. Vediamo gli stanziamenti più significativi operati nelle varie Aziende ospedaliere.

■ CARLO POMA

Presidio Carlo Poma. Costruzione nuovo edificio da destinare a nuovo reparto per le malattie infettive: 5.312.792,12 euro.

■ CIRCOLO BUSTO ARSIZIO

Presidio Busto Arsizio. Ristrutturazione e ampliamento edificio infettivi Osp. Busto Arsizio: 4.850.584,05 euro.

■ LEGNANO

Presidio Legnano. Lavori ampliamento dipartimento materno infantile e creazione Unità psichiatrica: 7.746.853,49 euro.

■ MAGGIORE CREMA

Nuova costruzione per piastra servizi

urgenza emergenza: 4.906.340,54 euro.

■ E. MORELLI SONDALO

Ristrutturazione parziale VI pad., creazione reparto malattie Aids: 4.590.383,74 euro.

■ PAVIA

Presidio Mortara. Ampliamento ospedale Asilo Vittoria: 7.746.853,49 euro.

■ FATEBENEFRAPELLI (MILANO)

Presidio Fatebenefratelli. Ristrutturazione e ampliamento dipartimento emergenza (DEA): 10.329.137,98 euro.

■ GAETANO PINI (MILANO)

Ristrutturazione e completamento presidio osp. Gaetano Pini: 11.878.508,68 euro.

■ NIGUARDA CÀ GRANDA (MILANO)

• Realizzazione nuovo dipartimento emergenza e accettazione: 26.494.238,92 euro.

• Realizzazione nuova unità spinale unipolare: 7.550.889,71 euro.

■ S. PAOLO (MILANO)

Realizzazione reparto degenza per detenuti: 2.537.352,75 euro.

■ VIMERCATE

Presidio Sesto San Giovanni. Ristrutturazione presidio osp.: 7.746.853,49 euro. **Presidio Desio.** Ampliamento e ristrutturazione presidio osp.: 11.878.508,68 euro.

■ SPEDALI CIVILI (BRESCIA)

Nuovo edificio ovest - blocchi operatori: 10.198.553,93 euro.

■ TREVIGLIO

• Ampliamento e ristrutturazione del reparto di malattie infettive: 4.398.200,54 euro.
• Ampliamento della piastra servizi del presidio ospedaliero: 6.158.802,23 euro.

U

n'innovativa card sanitaria che contiene i dati di ogni singolo cittadino: nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, gruppo sanguigno, tipo di esenzione, pro-

babili allergie e nominativo del medico curante.

È la Carta Regionale dei Servizi SISS (dove SISS sta per: Servizio Informativo Socio Sanitario), una sorta di bancomat sanitario che la Regione Lombardia provvederà a distribuire, entro il dicembre 2005, a tutti i suoi residenti, che provvederanno a portarla sempre con sé. Un progetto senza precedenti in Italia.

Ne parliamo con il dottor Claudio Beretta, responsabile struttura Ricerca e Innovazione della direzione Generale Sanità della Regione Lombardia.

1 Dottor Beretta, quando è nata l'idea della card sanitaria?

L'idea del progetto è scaturita nel 1997. Da allora sono stati fatti enormi passi avanti.

Ne abbiamo studiato la fattibilità e lo sviluppo, dopo di che è stato stilato un progetto esecutivo sulle caratteristiche funzionali della carta, che ha portato alla firma di un contratto con Lombardia Informatica - società partecipata al 100% dalla Regione - che si è occupata di una prima emissione sperimentale della carta.

2 Una sperimentazione che ha avuto luogo nella provincia di Lecco. Con quali risultati?

Per la precisione la sperimentazione ha avuto inizio il 15 dicembre 1999 e ha interessato cittadini, aziende Ospedaliere e strutture sanitarie accreditate, medici e farmacie presenti sul territorio del lecchese.

I risultati sono stati decisamente confortevoli, tanto è vero che la Giunta della Regione Lombardia, lo scorso marzo 2002, ha deciso di promuovere il progetto e di estenderlo a tutti i cittadini lombardi.

3 Come è stata accolta questa grande novità tra i cittadini e i medici?



□ CARTA SISS Così l'assistenza sanitaria in Lombardia guarda al futuro

Per la nostra salute un chip tascabile

La Giunta della Regione ha deciso: l'esperimento di Lecco, con la distribuzione della Carta Sanitaria su cui sono riportati tutti i dati dei cittadini, avrà un seguito. Entro il 2005, dunque, la sanità sarà interattiva per tutti i nove milioni di lombardi.

a cura di Claudio Beretta (Struttura Ricerca e Innovazione Direzione Generale Sanità Regione Lombardia)



Ci conforta il parere dei medici che hanno avuto l'occasione di sperimentare l'uso della card.

C'è stata un'assoluta unanimità di consensi tra gli operatori: tutti hanno evidenziato l'enorme potenzialità di questo strumento, grazie al quale è possibile snellire una serie di operazioni. I cittadini, dal canto loro, hanno apprezzato la soluzione, consapevoli dei vantaggi che ne sono venuti: niente più code agli sportelli e inutili perdite di tempo.

4 Quali sono i vantaggi per i cittadini e quali per gli operatori?

I vantaggi per il cittadino saranno sia di tipo logistico, in quanto non saranno più costretti a recarsi in varie strutture per adempiere ai vari passaggi burocratici, che di tipo qualitativo. La messa in rete di tutti gli operatori della sanità produrrà automaticamente un miglioramento e una maggior offerta della disponibilità delle agende e quindi una maggiore qualità del sistema sanitario. Dal proprio medico o in farmacia, il cittadino avrà la possibilità di prenotare direttamente le prestazioni prescritte e, una volta effettuate, il medico curante potrà visionare direttamente, attraverso il sistema, il referto della prestazione erogata.

5 E per quanto riguarda la privacy?

Il sistema consente la comunicazione tra tutti gli operatori della sanità, la sicurezza e la puntualità delle informazioni permettono il controllo della spesa e il rispetto della privacy del cittadino. Il medico attraverso la rete avrà sempre aggiornata la storia clinica del paziente, aggiungendo così qualità al proprio lavoro.

6 Quali sono, se ci sono state, le difficoltà maggiori incontrate in questa fase sperimentale?

Pensavamo di incontrare problemi dal punto di vista organizzativo e invece i problemi sono sorti più sul versante tecnologico. La maggior parte delle nostre forze è stata impiegata nella predisposizione del sistema dal punto di vista tecnologico. Ma adesso che abbiamo trovato la soluzione, siamo ancora più soddisfatti per il risultato ottenuto.

7 Parliamo della Carta. Quali sono le sue caratteristiche?

Non è una carta magnetica ma una smartcard a microprocessore, come lo sono quelle dei telefoni cellulari. È una soluzione che dà maggiori garanzie dal punto di vista dell'anti-contraffazione. La Carta

recepisce tutti gli standard europei in materia ed è sviluppata in accordo con il ministro per l'Innovazione tecnologica, con cui è stato, sull'argomento, firmato un protocollo d'intesa.

8 E ora veniamo all'ultima parte dell'operazione, quella che porterà la carta in tutte le case lombarde. Come avverrà tutto ciò?

Anzitutto è chiaro che quando riceveranno a casa la carta, i cittadini non dovranno sopportare nessuna spesa. A partire dal 1.mo luglio 2003 verranno prodotte 300mila carte al mese. Ne dovranno essere distribuite in totale 9 milioni circa, entro dicembre 2005.

La distribuzione avverrà, per chiari motivi organizzativi, non per ordine alfabetico dei cittadini ma per ASL. Le prime a essere protagoniste della distribuzione, già nel 2003, saranno le ASL di Pavia, Cremona e Milano 1 (zona Legnano, Magenta), per un totale di 1,8 milioni di persone.

Nel 2004 contiamo di raggiungere 3 milioni e mezzo di cittadini e nel 2005 i restanti quasi 4 milioni. Dal 2006, quindi, la Carta Regionale dei Servizi sarà attiva su tutto il territorio della Regione, a pieno regime.

LEA | Livelli essenziali di assistenza rendono omogeneo il servizio sanitario

Assistenza equa a tutti i cittadini

Istituiti con decreto del Presidente del Consiglio nel novembre del 2001, i LEA sono stati recepiti dalla Giunta della Regione Lombardia a partire da febbraio 2002. Vediamo nel dettaglio secondo quali criteri.

a cura di Loredana Luzzi (Dirigente Struttura Piani e Programmi) e Marco Bosio (Dirigente Struttura Qualificazione dei Servizi Sanitari)

I livelli essenziali di assistenza (LEA) sono, secondo quanto affermato dal Ministro della Salute, Gerolamo Sirchia, al momento della loro entrata in vigore lo scorso 23 febbraio 2002 «le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso la fiscalità generale». Creati con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, i LEA hanno l'obiettivo di rendere omogeneo il servizio sanitario in termini di quantità e qualità delle prestazioni erogate. Fine ultimo cui si aggiunge, sempre per usare le parole del Ministro: «l'impegno a rendere più uniforme ed equo sul territorio nazionale l'accesso alle prestazioni sanitarie e, quindi, ad abbreviare i tempi di attesa per il cittadino». Con i LEA è stato indicato l'elenco delle prestazioni garantite ai cittadini dal Servizio Sanitario Nazionale, secondo una suddivisione che prevede tre grandi aree:

1 L'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Comprende le attività di prevenzione rivolte alle collettività e ai singoli: tutela dagli effetti dell'inquinamento e dagli infortuni sul lavoro; sanità veterinaria; tutela degli alimenti; profilassi delle malattie infettive; vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce; medicina legale.

2 L'assistenza distrettuale. Le attività e i servizi sanitari e Socio-Sanitari diffusi sul territorio: medicina di base; assistenza farmaceutica; specialistica e diagnostica ambulatoriale; fornitura di protesi ai disabili; servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi; servizi territoriali consultoriali; strutture semiresidenziali e residenziali.

3 L'assistenza ospedaliera. Assistenza in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, ecc. Nel Decreto presidenziale sono anche elencate alcune prestazioni che troppo spesso sono eseguite in ricovero ordinario mentre, per la loro semplicità di esecuzione, potrebbero essere eseguite in day hospital. Da questo punto di vista l'impegno delle



Regioni è al massimo livello, dal momento che vengono indicate come uniche responsabili della localizzazione e dell'organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari. Spetta dunque alle Regioni, in base alle proprie esigenze territoriali, individuare il modello organizzativo adeguato all'assicurazione dell'effettiva erogazione ai cittadini delle prestazioni incluse nei Lea. Sempre le Regioni hanno, inoltre, il compito di individuare gli strumenti

adatti all'uso appropriato delle risorse da parte delle aziende sanitarie e ospedaliere. Va detto infine che, se al Ministero della Salute spetta la figura di garante dei diritti dei cittadini, le Regioni godono di una certa libertà di movimento per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse. Il che significa che possono decidere in piena autonomia se e quando offrire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei Lea.

La normativa di riferimento

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 29 novembre 2001, "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 33 del 8.2.2002 - Supplemento Ordinario n. 26), è un importante tassello delle regole del Sistema Sanitario Nazionale.

In esso sono infatti fissati i livelli essenziali di assistenza, in correlazione alle risorse disponibili. Per recepirne la validità normativa, la Regione Lombardia ha emesso i seguenti provvedimenti in materia:

• **Deliberazione della Giunta Regionale n. VII/8077 del 18 febbraio 2002. Programmazione.** Recepisce il Decreto del Presidente

del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza" Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002. Primo provvedimento.

• **Deliberazione della Giunta Regionale n. VII/8632 del 27 marzo 2002. Programmazione.** Garantisce l'erogazione gratuita della certificazione medico sportiva, ai fini dell'accertamento dell'idoneità allo svolgimento di attività sportiva agonistica ai minori di età e ai portatori di handicap.

• **Deliberazione della Giunta Regionale n. VII/8866 del 24 aprile 2002. Qualità e Integrazione dei Servizi Sanitari.** Recepisce il Decreto del Presidente

I servizi erogati in Lombardia

Per quanto riguarda l'applicazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza, in Lombardia allo stato attuale:

1 Le prestazioni contenute nell'allegato 2A del DPCM nei punti a), b), c), d), e) non sono più erogabili con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) dal giorno 23 febbraio 2002, data di entrata in vigore del DPCM:

- a) Chirurgia estetica non conseguente a incidenti, malattie o malformazioni congenite;
- b) Circoncisione rituale maschile;
- c) Medicine non convenzionali (agopuntura - eccetto le indicazioni anestesio-fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia nonché tutte le altre non espressamente citate);
- d) Vaccinazioni non obbligatorie in occasioni di soggiorno all'estero;
- e) Certificazioni mediche (con esclusione di quelle richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica non agonistica per i propri alunni, ai sensi dell'art. 31 del DPR 270/2000 e dell'art. 28 del DPR 272/2002) non rispondenti ai fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge (incluse le certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva, agonistica e non, idoneità fisica all'impiego, idoneità al servizio civile, idoneità all'affidamento e all'adozione, rilascio patente, porto d'armi, ecc.).

2 Limitatamente alla certificazione di idoneità medico sportiva, contenuta nell'allegato 2A del DPCM, al punto e), si deve prendere come riferimento quanto contenuto nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 8632 del 27/3/2002.

3 L'erogazione delle prestazioni indicate nella lettera f) dell'allegato 2A del DPCM "Prestazioni di Medicina fisica e riabilitazione" è prorogata a carico del SSR fino a successivo provvedimento.

4 Le prestazioni contenute nell'allegato 2B del DPCM sono erogabili a carico del SSR fino a successivo provvedimento:

- assistenza odontoiatrica;
- densitometria ossea;
- medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale;
- chirurgia refrattiva con laser.

del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza" Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002. Secondo provvedimento.

• **Deliberazione della Giunta Regionale n. VII/9569 del 28 giugno 2002. Qualità e Integrazione dei Servizi Sanitari.**

Recepisce il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza" Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002. Terzo provvedimento.

È possibile visionare gli atti completi sul sito: www.dgsan.lombardia.it.

Qui SANITÀ news

La spesa farmaceutica **aumenta del 3% rispetto al primo semestre 2001**; i farmaci sono ancora sotto il controllo delle industrie; i ticket per contenere le spese. Su questi e altri argomenti **si interroga la sanità pubblica.**



Ticket, per garantire la qualità del servizio

Dal 12 dicembre 2002 i cittadini sono chiamati a compartecipare alla spesa sanitaria. Vediamo qui di seguito le modalità e le esenzioni relative al pagamento richiesto.

FARMACI

Dal 12 dicembre 2002 è dovuta una quota di partecipazione alla spesa sanitaria di 2 euro per ogni pezzo di farmaco fino a 4 euro per ricetta.

Sono escluse da tale pagamento le seguenti categorie di assistiti:

- a) invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia;
- b) grandi invalidi per servizio;
- c) grandi invalidi per lavoro;
- d) invalidi civili al 100%;
- e) invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza;
- f) danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati ex legge n. 238/1997, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla legge n. 210/1992;
- g) ciechi e sordomuti ex art. 2 decreto legislativo 68 del 1999;
- h) vittime del terrorismo e della criminalità organizzata;
- i) titolari di pensioni sociali;
- j) titolari di pensioni al minimo di età superiore ai sessant'anni, purché appartenenti a un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e in ragione di ulteriori 516,45 euro per ogni figlio a carico.

Per le due ultime categorie è previsto un apposito modello di autocertificazione del proprio status, ai sensi della normativa vigente, da presentare al momento del ritiro del farmaco.

La quota massima di 4 euro per ricetta è dovuta anche dai cittadini che usufruiscono, per patologia, della possibilità di prescrivere sulla ricetta un numero di confezioni maggiore di 2.

La quota fissa stabilita è dovuta anche per l'acquisto di farmaci non coperti da brevetto (anche quelli generici). Inoltre per questi farmaci è dovuta la differenza tra il prezzo di riferimento e quello del farmaco prescritto dal medico, nel caso in cui il cittadino non accetti la sostituzione proposta dal farmacista o il medico abbia espresso la non sostituibilità. Questa eventuale quota aggiuntiva non deve essere corrisposta

dal cittadino solo nel caso in cui vi sia un'accertata indisponibilità del farmaco al prezzo più basso a livello regionale.

PRONTO SOCCORSO

Dal 12 dicembre 2002, in presenza di prestazioni considerate non urgenti e inappropriate (riconosciute dal medico alla fine della valutazione clinica con l'assegnazione di "codice bianco"), è dovuta una quota a carico dei

cittadini di 35 euro nel caso di sola visita specialistica, anche se eseguita da più specialisti, o di 50 euro nel caso di effettuazione anche di altre prestazioni diagnostiche o terapeutiche. Non sono da sottoporre a tale quota le sottoindicate prestazioni:

- quelle seguite da ricovero;
- quelle effettuate a seguito d'infortunio sul lavoro in assicurati INAIL;
- quelle effettuate su richiesta degli organi di pubblica sicurezza o polizia giudiziaria.

La quota prevista è dovuta da parte di tutti i soggetti interessati indipendentemente dalla presenza di un eventuale stato di esenzione. Sono comunque garantite gratuitamente a tutti i cittadini tutte le prestazioni svolte in Pronto Soccorso che sono considerate urgenti.

CONSUMO DEI FARMACI

Aumenta la spesa farmaceutica

È stato presentato il rapporto dell'OsMed relativo ai primi sei mesi 2002. Dai dati emerge che la spesa farmaceutica, in questo periodo, è stata di 6.204 milioni di euro, con un incremento del 3% rispetto allo stesso periodo del 2001. Il provvedimento di riduzione del prezzo dei farmaci preso nel mese di aprile 2002 ha rallentato la crescita della spesa farmaceutica lorda che è passata da +9% dei primi quattro mesi dell'anno a +3% nel primo semestre 2002.

Le stime per il 2002 prevedono un aumento della spesa lorda rispetto al 2001 del 5,9%.

Analizzando l'aspetto nazionale, sempre per quello che riguarda la "spesa farmaceutica pro-capite SSN", il maggior aumento nella spesa netta s'è registrato al sud e nelle isole ed è del 3,9%, mentre la spesa lorda è del 5,6%; nel nord Italia l'aumento è del 3%, con una spesa pro-capite di 93,30 euro; la spesa lorda è aumentata rispetto al primo semestre dell'anno precedente del 5,6% con una spesa pro-capite di 99,89 euro. Il minor aumento nel centro: 1,4%, pari a 107,58 euro per cittadino.

LA CAMPAGNA DELL'ANNO Più di 400mila euro investiti dalla Regione Lombardia

Meno farmaci per stare meglio

L'uso intelligente dei farmaci migliora la salute dei cittadini e diminuisce gli sprechi di denaro. Ne parliamo con **Maurizio Mioli**, Direttore generale dell'agenzia Sudler&Hennessey che si è occupata della realizzazione della campagna.

di Luca Palestra - foto Cronopio

Una campagna d'informazione di grandissime proporzioni, voluta dalla Regione Lombardia per sensibilizzare i cittadini all'uso non indiscriminato dei farmaci. Il principio base del messaggio che si vuole trasmettere sta tutto nel titolo della campagna: "Usiamo i farmaci in modo sano".

Sì, perché l'uso dei medicinali non deve seguire regole di quantità, ma piuttosto di qualità ed è dunque importante istruire i cittadini a sconfiggere l'idea che più farmaci si assumono, meglio si sta.

Ne parliamo con **Maurizio Mioli**, Direttore generale dell'agenzia pubblicitaria Sudler&Hennessey che si è occupata direttamente dell'ideazione e dell'attuazione della campagna.

1 Dottor Mioli, quando è partita la campagna e come si sta sviluppando?

«Abbiamo diviso la campagna in due tranche. La prima si è sviluppata prima dell'estate 2002, nei mesi di giugno e luglio. In questa fase abbiamo pubblicato i nostri messaggi su tutti i quotidiani di diffusione regionale e provinciale, nonché sui settimanali locali. Al tempo stesso abbiamo lanciato una campagna di affissione negli ospedali e negli ambulatori medici e una di cartellonistica per le strade delle città. La seconda tranche ha avuto inizio in settembre e riguarda l'affissione sui mezzi pubblici. Per ciò che riguarda Milano interessa gli spazi pubblicitari della metropolitana e i bus extraurbani. Il tutto, poi, accompagnato da un depliant distribuito a tappeto nelle strutture sanitarie - nel quale è riportato un decalogo di comportamento corretto nei confronti dell'uso dei farmaci».



**“Non abusiamone”:
questo è
il messaggio
per i cittadini**

2 Uno sforzo non indifferente. Sembra che il Pirellone abbia fatto le cose in grande...

«Sì, per questa campagna la Regione Lombardia ha investito più di 400mila euro, una cifra ragguardevole. Da pubblicitario e operatore nella comunicazione, ritengo sia importante che la Regione si ponga, oggi, come promotore di una comunicazione diretta verso i cittadini. Fino ad alcuni anni fa questo non



avveniva e la distanza tra le istituzioni e i cittadini era certamente maggiore».

3 Che cosa ha generato questa inversione di tendenza?

«A questa nuova situazione hanno contribuito sia il bisogno di "conoscere" espresso più volte dai cittadini, che la maggiore libertà di movimento riconosciuta agli Enti locali negli ultimi anni. Occorre dire, poi, che la Regione Lombardia è sempre in prima linea, quando si tratta di recepire le novità in grado di migliorarne l'attività».

4 Torniamo alla campagna sui farmaci. A chi si rivolge, in particolare? Ai cittadini o agli addetti ai lavori?

«Il target di riferimento è il cittadino al quale si dice, in pratica: "Non abusare dei farmaci". Ma per arrivare alle singole persone ci

siamo rivolti agli operatori che quotidianamente sono in rapporto con loro: medici di famiglia e farmacisti. In particolare, abbiamo utilizzato la figura del medico di base anche



se volutamente spersonalizzata, senza volto - per trasmettere il nostro messaggio. Tra gli addetti ai lavori, il medico di famiglia è quello che gode della maggior fiducia da parte degli utenti del servizio sanitario. Con lui si crea un rapporto che il più delle volte sfocia nel personale ed è giusto, quindi, che sia lui, ad aiutare a comprendere quali siano i comportamenti più corretti sull'uso dei farmaci».

5 Il medico, dunque, come consigliere di fiducia e non solo come dispensatore di farmaci...

«Esatto. E, infatti, uno degli slogan della nostra campagna è "Segui la prescrizione del tuo medico anche quando non è un farmaco". Nel-

Giusto & SBAGLIATO

Uso dei farmaci, cosa va e cosa no

Quali regole rispettare per un uso corretto dei farmaci? Ecco i 4 comportamenti da tenere e quelli da evitare, secondo quanto suggerito dalla campagna "Usiamo i farmaci in modo sano", promossa dalla Regione Lombardia. Questi semplici ma precisi suggerimenti sono contenuti nel libretto illustrativo distribuito negli ospedali, negli ambulatori dei medici di famiglia e nelle farmacie presenti su tutto il territorio regionale.

COMPORAMENTI SANI

1 Fidarsi del medico. Anche quando non prescrive farmaci. La salute è una responsabilità che il medico condivide con il paziente. Se prescrive una terapia è perché pensa che serva. Se non la prescrive, è per suggerire rimedi più salutari, come fare più moto o limitare il consumo dei grassi.

2 Seguire le indicazioni d'uso del prodotto. Nel foglio illustrativo di ogni farmaco si trovano posologia, effetti indesiderati e interazioni (cioè, che cosa succede assumendo contemporaneamente altri farmaci): se qualcosa non è chiaro, bisogna parlarne al medico o al farmacista.

3 Chiarire i dubbi sugli effetti indesiderati. Reazioni indesiderate accompagnano spesso l'azione benefica del farmaco. Vanno accettate, purché non siano gravi. Se si vuole chiarire ogni dubbio su tali effetti, o se si vuole segnalare il caso, ci si può rivolgere ai centri di monitoraggio attivati dalla Regione Lombardia.

4 Scegliere i medicinali non coperti da brevetto. I farmaci sono frutto di ricerche costose, per questo vengono brevettati. Quando il brevetto scade, ogni azienda farmaceutica può produrli dietro autorizzazione del Ministero della Salute: formulazione ed efficacia restano identiche ma il costo è minore. L'elenco di questi farmaci è sul sito: www.sanita.regione.lombardia.it.

COMPORAMENTI NON SANI

1 Dare o prendere farmaci senza prescrizione. Chi si crede esperto nei farmaci tende a consigliarli ad amici e parenti, ad acquistarli da internet, a interrompere la cura perché si

sente meglio, o a prolungarla o aumentare le dosi pensando di potenziare gli effetti.

2 Fare intere provviste di medicinali. Chiedere al medico di prescrivere più farmaci di quanto sia realmente necessario è una cattiva abitudine. I farmaci che non si usano, infatti, rimarranno nei cassetti, arriveranno a scadere e dovranno essere buttati.

3 Prendere con troppa disinvoltura i farmaci "da banco". I farmaci da banco si acquistano senza ricetta medica, perché spesso sono basati su formulazioni appositamente studiate. Ma sono farmaci a tutti gli effetti, con tutti i rischi connessi.

4 Tenere i farmaci alla portata dei bambini, o cambiare le confezioni. Se si trasferiscono i farmaci in boccette portapillole, dopo qualche tempo non si ricorderà più che prodotti sono e quando scadono. Non dimentichiamo poi che i bambini girano per casa, aprono, assaggiano, e possono confondere i farmaci per caramelle.



l'immagine che abbiamo proposto, la mano del medico porge una bicicletta. Troppo spesso siamo portati a pensare che i nostri mali possano essere curati solo farmacologicamente, invece ci sono anche i "rimedi" naturali, come il movimento, una giusta alimentazione, una vita sana...»

6 Ma il non abuso dei farmaci è utile solo dal punto di vista della salute dei cittadini?

«No, ci sono risvolti economici non indifferenti. Si tratta di evitare sprechi che tolgono danaro che potrebbe essere investito nella ricerca dei farmaci più importanti, innovativi e costosi. Da parte della Regione, dunque non c'è assolutamente la volontà di tagliare la spesa farmaceutica, ma solo quella, diciamo così, di distribuire nel migliore dei modi le risorse a



propria disposizione. Il tutto, alla fine, a vantaggio dello stesso cittadino».

7 Un'ultima domanda, in qualche modo provocatoria. Non pensa che la campagna in corso possa dare fastidio alle potenti case farmaceutiche?

«Guardi, la mia agenzia si occupa esclusivamente di comunicazione socio-sanitaria, e ha rapporti con tutti gli attori del mondo della sanità, dai ministeri alle industrie farmaceutiche. Posso assicurare che tutti i nostri interlocutori hanno ben presente il principio fondamentale della pluralità, per il quale in un'ottica di comunità libera tutti gli attori di un settore devono avere la possibilità di comunicare le proprie intenzioni. Quando i concetti vengono espressi con chiarezza, le cose non possono che migliorare, in tutti i sensi e per tutti quanti». 

Ospedali italiani riuniti in Rete

Si chiama "Alleanza per l'integrazione e la promozione degli ospedali italiani nel mondo" la grande rete telematica che collegherà i maggiori ospedali italiani con quelli sparsi in tutto il mondo. Un grande aiuto per la crescita sanitaria dei paesi più poveri.

a cura di Andrea Lisi

Una rete telematica che unisca in un colpo solo più di 40 ospedali italiani sparsi nel mondo. Questo l'ambizioso progetto - denominato "Alleanza per l'integrazione e la promozione degli ospedali italiani nel mondo" (IPOCM) - presentato a Roma a fine ottobre 2002 dal Ministro della Salute Girolamo Sirchia e dal Ministro per gli Italiani nel mondo, Mirko Tremaglia. Obiettivo dell'alleanza è principalmente quello di migliorare il livello qualitativo delle prestazioni di 22 ospedali italiani e di 20 centri di cura con assistenza italiana operanti all'estero, attraverso il collegamento in rete di queste strutture tra loro e con i centri di eccellenza - i maggiori ospedali per fama e qualità - selezionati in Italia e già collegati tra loro via rete. Tra i molteplici vantaggi che il collegamento a una rete telematica offre, c'è sicuramente quello di collegare e divulgare le esperienze e le conoscenze diffuse sul territorio. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria questo si traduce nella condivisione del valore dei singoli operatori, che comporta un insieme di collaborazioni, di rapporti, di circolazioni di personale e, appunto, di conoscenze. In particolare, le modalità di collegamento saranno due: una "orizzontale" con i centri di



eccellenza all'estero, che consentirà di aumentare lo scambio delle sinergie delle varie realtà sanitarie, e una verticale con quegli ospedali minori - in particolare quelli presenti nel continente africano - che hanno bisogno di ricevere conoscenza e aggiornamenti per poter operare in modo moderno. La creazione della rete telematica di collaborazione, oltre a rappresentare un'occasione unica di arricchimento per i piccoli ospedali configura di fatto la possibilità che questi diventino centri di italianità all'estero, seguendo una logica che non è più quella dell'assistenza unicamente finanziaria verso i paesi deboli ma piuttosto un aiuto reale ed effettivo per la loro crescita e sviluppo.

Pillole con telecamere e microlenti

Se la visione in tre dimensioni del corpicino del bambino dentro l'utero della madre attraverso le nuove tecniche ecografiche rappresenta ormai la quasi normalità in buona parte dei nostri ambulatori, molte sono le innovazioni tecnologiche che nel futuro prossimo renderanno più semplice lo studio e la cura del nostro corpo.

Tra queste è sicuramente l'M2A, il "pillolone" prodotto dalla israeliana Given Imaging che già oggi viene utilizzato per le endoscopie gastriche. Si tratta di una capsula di 2,2x1,1 cm fornita di lente d'ingrandimento e batterie che, grazie al suo apparato trasmissivo permette di vedere all'interno del nostro organismo. Cosa che oggi è possibile fare, del resto, anche grazie a micro telecamere grandi un solo millimetro. Negli Stati Uniti poi, per la precisione presso l'Università di Berkeley, si sta studiando la realizzazione di microlenti con un diametro pari alla duecentesima parte di quello di un capello, in grado di penetrare in qualsiasi parte del corpo umano.



Tumori, in arrivo il vaccino preventivo

Entro la primavera del 2003 sarà a disposizione, per la fase di sperimentazione sull'uomo, il vaccino preventivo dei tumori. La sostanza, che ha brillantemente superato la fase di sperimentazione sulle cavie, è stata messa a punto dal Cermis (Centro di Medicina Sperimentale), una struttura nata dall'unione di equipe di ricerca provenienti dall'Università di Torino e dall'Ospedale Molinette del capoluogo piemontese.

Medici di base e internet: i numeri

Gli utenti Internet appassionati di siti che trattano argomenti sanitari sono sempre di più. Secondo il rapporto annuale della Regione Lombardia la media dei medici di base italiani collegati è superiore (65%), anche se di poco, a quella europea (64%). Inferiore alla media europea (26,7%), invece, è la percentuale dei medici che utilizzano la rete per ricevere o inviare dati personali dei loro pazienti: lo fa solo il 16%. Analizzando gli indici, risulta inoltre che l'Italia è all'avanguardia nel campo della telemedicina, di quelle forme di assistenza domiciliare a distanza, cioè, che vengono attuate anche attraverso Internet o e-mail. Poco sfruttata dai medici di base è, invece, la ricezione attraverso via telematica dei risultati inviati dai laboratori di analisi.

Presto introdotta anche in Italia una legge per le medicine alternative

Presto la legge che dovrà disciplinare l'universo delle medicine non convenzionali diventerà una realtà.

L'esigenza di disciplinare la produzione e l'utilizzo delle medicine alternative si è fatta sentire sempre più negli ultimi tempi ed è ormai giunta tra i banchi del nostro Parlamento.

In particolare, la Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati ha creato un Comitato ristretto che in questi giorni è impegnato ad analizzare, coordinare e unificare le 16 proposte di legge presentate fino a ora, con l'ausilio di esperti ai quali è stato assegnato il compito di fornire un quadro esaustivo della situazione.

Entro gennaio 2003, è stato deciso, verrà organizzato un convegno che sottoporrà il testo di legge scaturito dal lavoro della Commissione al giudizio delle categorie interessate.

Le proposte sono state elaborate da deputati della maggioranza e dell'opposizione, a riprova del fatto che la disciplina delle medicine alternative e la formazione degli operatori che le praticano è un'esigenza riconosciuta da tutti. Del resto, i numeri parlano chiaro: sono 9 milioni, pari al 15,6% della popolazione (dati Istat), gli italiani che ricorrono a questi tipi di cura ed elevato è anche il numero degli operatori che le eseguono.

Tra le medicine non convenzionali identificate dalla Federazione degli Ordini dei Medici figurano, tra le altre: l'agopuntura, la fitoterapia, l'omeopatia, l'osteopatia, la chiropratica.

Panico e ansia, origine genetica

Una scoperta che può rappresentare un sensibile passo in avanti nello sviluppo di nuove terapie farmacologiche: gli attacchi di panico avrebbero un'origine genetica. Gli scienziati del "Centre for Medical and Molecular of Barcellona" hanno in effetti scoperto il gene colpevole degli stati d'ansia monitorando alcuni gruppi famigliari con alle spalle storie di attacchi di panico e di tutte quelle fobie che in qualche modo sono legate alle relazioni sociali. In particolare la scoperta riguarda una mutazione genetica riscontrata nel 95% dei soggetti componenti le famiglie. Interessato è il gene DUP25 che è praticamente assente nelle persone non affette da problemi legati all'ansia.

MOBILITÀ SANITARIA Molti i cittadini italiani che si ricoverano nelle nostre strutture

In Lombardia con tanta fiducia

Dall'esame dei ricoveri ospedalieri appare evidente che le strutture ospedaliere lombarde sono dotate di un forte potere d'attrazione rispetto ai cittadini delle altre regioni, soprattutto per ciò che riguarda le prestazioni più complesse.

a cura di Carlo Zocchetti (Dirigente Osservatorio Epidemiologico e Flussi Informativi Regione Lombardia)

Un argomento spesso al centro del dibattito sulla sanità in un contesto federale riguarda la mobilità tra regioni, vale a dire i servizi e le prestazioni sanitarie che i cittadini richiedono a regioni diverse da quella dove è collocata la propria residenza anagrafica. In questo contributo vogliamo esaminare alcuni aspetti della mobilità sanitaria che interessa la Lombardia, nello specifico settore dei soli ricoveri ospedalieri, per trarre alcune considerazioni generali sulle caratteristiche del sistema sanitario regionale. I dati riportati fanno riferimento all'anno 2001.

POSITIVA LA MOBILITÀ VERSO LE STRUTTURE LOMBARDE

Sono innanzitutto necessarie, per semplificare il linguaggio espositivo, le due definizioni che seguono:

Mobilità attiva: fa riferimento a prestazioni (o servizi) erogate in Lombardia a cittadini residenti in altre regioni.

Mobilità passiva: fa riferimento a prestazioni o servizi erogati in altre regioni a cittadini residenti in Lombardia. La caratterizzazione di queste prestazioni, e il confronto tra mobilità attiva e passiva, come vedremo, può aiutare a capire meglio alcune caratteristiche del sistema sanitario lombardo.

Nella **tabella 1** è presentata una sintesi per regione - distinta per ricoveri ordinari attivi e passivi - dell'andamento della mobilità sanitaria da e verso la Lombardia. Sono poco meno di 140mila i ricoveri effettuati nelle strutture della nostra regione da cittadini residenti al di fuori della Lombardia, mentre sono poco più di 60mila gli analoghi ricoveri che i cittadini lombardi hanno richiesto in altre regioni: ne consegue un saldo attivo di circa 75mila ricoveri ordinari. Inoltre, mentre due terzi dei ricoveri passivi lombardi sono richiesti alle regioni limitrofe (e rappresentano quindi una mobilità che possiamo considerare "naturale", geografica, di vicinanza), il 60% dei ricoveri attivi è a carico di cittadini che risiedono in regioni non limitrofe. È un primo segnale della capacità di attrazione del sistema ospedaliero lombardo ed è un indicatore indiretto della sua indubbia qualità.

Approfondendo l'analisi della **tabella 1** si osserva che il saldo attivo dei ricoveri riguarda, in misura minore o maggiore, tutte le regioni italiane a esclusione delle tre (le due province autonome di Trento e Bolzano e la regione Veneto) che si trovano al confine orientale della Lombardia. A questo

Regioni	Ricoveri Ordinari Attivi		Ricoveri Ordinari Passivi		Saldo Attivi - Passivi	
	Numero	Peso Medio	Numero	Peso Medio	Numero	Peso Medio
PIEMONTE	28.563	1.209	12.061	0,981	16.502	0,228
VALLE D'AOSTA	891	1.646	265	0,849	626	0,797
PROV. AUTON. BOLZANO	470	1.223	490	0,365	-20	0,858
PROV. AUTON. TRENTO	1.828	1.135	3.747	0,814	-1.919	0,321
VENETO	7.764	1.205	11.822	1,060	-4.058	0,145
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.462	1.357	648	1,158	814	0,199
LIGURIA	8.435	1.308	5.586	1,037	2.849	0,271
EMILIA ROMAGNA	17.317	1.175	12.989	1,073	4.328	0,102
TOSCANA	5.242	1.454	2.646	0,936	2.596	0,518
UMBRIA	1.058	1.498	291	0,927	767	0,571
MARCHE	2.574	1.383	1.002	0,953	1.572	0,430
LAZIO	4.604	1.380	1.904	0,891	2.700	0,489
ABRUZZO	1.795	1.346	963	0,829	832	0,517
MOLISE	710	1.635	154	0,776	556	0,859
CAMPANIA	10.120	1.496	1.734	0,733	8.386	0,763
PUGLIA	10.446	1.386	2.239	0,788	8.207	0,598
BASILICATA	1.980	1.295	248	0,748	1.732	0,547
CALABRIA	11.246	1.358	1.497	0,718	9.749	0,640
SICILIA	18.635	1.323	1.934	0,795	16.701	0,528
SARDEGNA	3.194	1.470	792	0,728	2.402	0,742
Totale	138.334	1.307	63.012	0,974	75.322	0,333
Regioni Confinanti	55.942	1,196	41.109	1,010	14.833	0,185
Regioni non Confinanti	82.392	1,383	21.903	0,906	60.489	0,477

proposito sarà necessario sviluppare un'analisi più approfondita della domanda e della offerta di prestazioni per capire da una parte le ragioni che portano molti cittadini (soprattutto dalle regioni centro-meridionali) a venire in Lombardia ma, dall'altra, anche a comprendere come mai l'area orientale della nostra regione sia caratterizzata da un saldo negativo.

IN LOMBARDIA PER I SERVIZI COMPLESSI

I volumi assoluti (numero di ricoveri) sono una parte importante del fenomeno che stiamo descrivendo, ma altri fattori meritano altrettanta attenzione.

La **tabella 1** riporta infatti un secondo indicatore - il **peso medio** - che permette di far luce ulteriormente sulle caratteristiche della mobilità da e verso la Lombardia. Ricordiamo che il peso medio è un indicatore della costosità relativa di un ricovero, e può essere interpretato come un indicatore di complessità della casistica, di impegno di risorse necessarie a trattare un caso. Il peso medio della mobilità attiva è molto più elevato di quello della mobilità passiva, segnale che le prestazioni di ricovero richieste in Lombardia dai cittadini non lombardi sono più complesse

delle prestazioni richieste fuori regione dai cittadini lombardi. Questo saldo positivo si verifica per tutte le regioni italiane, anche per quelle - Trento e Veneto - in cui il saldo in termini di numero di ricoveri è negativo. Non solo, ma dalla **tabella 1** si può anche osservare come il peso medio della mobilità

attiva riferita alle regioni confinanti sia inferiore rispetto al peso medio riferito a quelle non confinanti e, viceversa il peso medio della mobilità passiva verso le regioni confinanti sia superiore di quello verso le regioni non confinanti. È un andamento dei pesi medi che sta a indicare che le strutture ospedaliere della Lombardia non solo effettuano un'azione attrattiva verso i cittadini di altre regioni, ma che questa azione attrattiva si rivolge a una casistica più complessa, che richiede un maggior consumo di risorse, che costa di più: si tratta quindi di un ulteriore segnale, quantitativo e macroscopico, della qualità del sistema sanitario regionale.

LE PRESTAZIONI CHIRURGICHE SONO LE PIÙ RICHIESTE

Segnaliamo a titolo di esempio le 5 tipologie di ricovero riscontrate più di frequente nella mobilità attiva e nella mobilità passiva: sia in termini numerici che in termini di peso, balza evidente la differenza tra le due tipologie di prestazioni. Ben 4 delle 5 prestazioni di ricovero più frequenti in mobilità attiva, in effetti, riguardano prestazioni chirurgiche e la prestazione più frequente - la chemioterapia, che è di tipo medico - è una prestazione per la quale è riconosciuta a livello nazionale l'elevata qualità delle strutture lombarde. Viceversa, la mobilità passiva è caratterizzata prevalentemente da ricoveri medici di basso peso, probabilmente associati a una mobilità più di vicinanza territoriale che non di scelta di un particolare erogatore.

SALDO ATTIVO ANCHE PER IL DAY HOSPITAL

A completamento della analisi fin qui condotta si possono considerare le prestazioni erogate in regime di day-hospital (**tabella 2**). Anche per questa tipologia di ricovero il saldo complessivo è largamente favorevole ma le attività si concentrano maggiormente - come atteso, del resto - tra le regioni di confine (la mobilità di lungo raggio è minore che per i ricoveri ordinari). È da osservare come lo scambio di mobilità con il Veneto, a differenza di tutte le altre regioni, evidenzia ancora un saldo negativo per il Servizio Sanitario Regionale, a conferma che l'area orientale della Lombardia subisce in maniera rilevante l'effetto attrattivo della regione confinante. Bisognerà approfondire l'analisi per capire se tale attrazione è solo frutto delle caratteristiche "naturali" (geografiche) del territorio o se dipenda invece dalla non adeguata struttura dell'offerta sanitaria regionale presente in quelle aree. In sintesi, l'esame dei ricoveri ospedalieri che caratterizzano la mobilità attiva e passiva della nostra regione indica innanzitutto che le strutture ospedaliere lombarde sono dotate, nel loro complesso, di un forte potere di attrazione e che tale potere si indirizza verso una casistica complicata, costosa, che richiede un elevato consumo di risorse, e che proviene sia da aree limitrofe che da lontano. Per converso, la mobilità passiva risulta di complessità inferiore e particolarmente concentrata nelle sole aree di confine: tra di esse meritano un approfondimento gli scambi con la Regione Veneto, unica regione verso la quale il saldo di mobilità risulta negativo.

Regioni	Day Hospital Attivi	Day Hospital Passivi	Saldo: Attivi - Passivi
	Numero	Numero	Numero
PIEMONTE	10.927	2.274	8.653
VALLE D'AOSTA	196	21	175
PROV. AUTON. BOLZANO	146	48	98
PROV. AUTON. TRENTO	487	249	238
VENETO	2.378	4.496	-2.118
FRIULI VENEZIA GIULIA	347	111	236
LIGURIA	1.936	1.476	460
EMILIA ROMAGNA	5.355	4.561	794
TOSCANA	1.492	890	602
UMBRIA	191	118	73
MARCHE	629	169	460
LAZIO	1.120	309	811
ABRUZZO	441	122	319
MOLISE	105	7	98
CAMPANIA	2.171	245	1.926
PUGLIA	2.541	236	2.305
BASILICATA	537	53	484
CALABRIA	2.403	171	2.232
SICILIA	4.020	575	3.445
SARDEGNA	678	139	539
Totale	38.100	16.270	21.830
Regioni Confinanti	19.293	11.628	7.665
Regioni non Confinanti	18.807	4.642	14.165



A

nche la quinta edizione di "MosanEurosalute" ha avuto luogo con successo. La mostra-convegno su ricerca, tecnologia, management per la Salute, ha centrato ancora

una volta i suoi obiettivi, riuscendo a fare incontrare tra loro i tantissimi operatori che gravitano nell'universo dei servizi socio-sanitari.

La Fiera di Milano - con il nuovissimo spazio congressuale espositivo funzionale del Padiglione 17, unico nel suo genere per capienza, innovazioni tecnologiche e servizi collaterali - ha ospitato, dal 6 al 9 novembre, una serie di congressi di grande interesse, tra i quali spicca la "Seconda assemblea dei Ministri e Assessori alla sanità e agli affari sociali delle regioni d'Europa".

Mosan 2002 ha mostrato ancora una volta quali siano le peculiarità che ne fanno un appuntamento annuale imperdibile: avvicinare i mondi a volte troppo distanti della ricerca, della politica sanitaria, della pratica clinica, della medicina di base e dell'innovazione industriale, trattando i temi che riguardano la salute in tutte

□ **MOSAN 2002** Archiviata alla fiera di Milano la mostra-convegno sulla sanità

Uniti per vincere le sfide future

Affrontati temi legati sia alla gestione del sistema socio-sanitario sia agli interessi diretti dei cittadini-utenti. In un momento di crisi generale, è stata sottolineata l'importanza di affrontare i problemi con un'unità di intenti e risorse a livello europeo.

di Carlo Rho - foto Francesco Laera

le sue implicazioni e applicazioni, attraverso una serie di attività non solo congressuali ma anche espositive.

Un importante momento di confronto, dunque, fra Istituzioni centrali, Regioni, Aziende sanitarie e fornitori del Servizio sanitario.

Verso nuovi scenari

Il tutto avendo come punto di partenza lo scenario che si è configurato in questi ultimi anni e che vede la

riqualificazione del cittadino nella figura di "cittadino fruitore" anche dei servizi sanitari e di quelli a essi accessori.

Un processo di devolution che rende sempre più necessaria la collaborazione pubblico-privato, con l'avvio di rapporti di partnership e lo sviluppo di attività sinergiche di comunicazione sociale e di prodotto. Tutto ciò per agevolare la realizzazione dei piani socio-sanitari regionali, dove

con "regionali" si intende parlare non solo di Italia ma di tutta l'Europa. Le sfide del futuro, infatti, potranno essere vinte solo se affrontate, con unità di risorse e di intenti, da tutte le realtà del vecchio continente.

L'Unione fa la forza

Proprio per questo Mosan Eurosalute 2002 ha ospitato incontri a carattere nazionale e, soprattutto, europeo che rappresentano un'importante piattaforma necessaria a realizzare raggruppamenti in grado di costituire network d'eccellenza e avviare progetti di ricerca integrati, così come richiesto dal VI Programma Quadro dell'Unione europea, che partirà nel 2003. Tutti i soggetti interessati - dalle istituzioni ministeriali e comunitarie ai centri di ricerca, dagli istituti di eccellenza ai parchi tecnologici, dalle aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche e private alle fondazioni, dagli enti di formazione alle associazioni professionali e di volontariato, dalle aziende industriali a quelle fornitrici di apparecchiature e servizi - hanno avuto l'occasione di mettersi in mostra e di confrontarsi a vicenda.

Confronto con il presente

Se le sfide per il futuro sono ben delineate e tutti sono pronti a mettersi in campo, non può non avere pesato sull'atmosfera del Mosan la non rosea situazione in cui versa attualmente la nostra socie-



Organizzatori & OBIETTIVI

I promotori scientifici della mostra-convegno

Conosciamo da vicino le associazioni e gli enti che compongono il Comitato Scientifico Permanente (PSC Permanent Scientific Committee) del **Mosan**, nato nel 1997 per iniziativa dell' **Consorzio Italiano per la Ricerca Medica (CIRM)**. Dal 1998 al 1999 oltre al Cirm entra a far parte del PSC la **Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia** che allarga i temi di riflessione della manifestazione all'organizzazione e alla gestione della sanità. Dal 2000 partecipa anche la **Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia** che porta un ampliamento dei temi di discussione a problematiche sociali, sia dal punto di vista gestionale che da quello assistenziale. Dal 2001, fa parte del Comitato anche l'**Associazione delle Regioni Europee (ARE)** e, dal 2002, la **Federsanità** e la **Federazione italiana aziende sanitarie locali e ospedaliere (FIASO)**.

REGIONE LOMBARDIA

La **Direzione Generale Sanità** e la **Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia** hanno un ruolo decisamente propulsivo per la riforma del sistema socio-sanitario italiano e per le riforme poste in atto in altre regioni europee. A livello europeo, la Lombardia vanta una funzione preminente per i primati numerici nel settore: 9 milioni di abitanti, 100mila operatori, 42 distretti sanitari, 51.700 posti letto, decine di centri d'eccellenza pubblici e privati, quasi 10 miliardi di euro all'anno investiti nella spesa sanitaria. La politica socio-sanitaria della Regione è tutta incentrata sul passaggio da un welfare pesante a uno leggero che prevede un ruolo più attivo per i cittadini e un miglioramento qualitativo delle prestazioni. Tra le azioni più significative: l'**Osservatorio delle professioni sanitarie**, la **certificazione di qualità**, l'**innovazione gestionale in sanità**, la **politica regionale del farmaco**, il **rafforzamento del ruolo del terzo settore**.

CIRM

L'obiettivo del **Consorzio Italiano Ricerca Medica** è quello di realizzare l'importante passaggio di conoscenze scientifico-tecnologiche tra la ricerca di base e l'applicazione clinica, dagli istituti d'eccellenza alla medicina di base.

Promuove e coordina progetti di ricerca in campo medico e biomedico a livello nazionale e internazionale, attua nuovi modelli di servizi per la salute, promuove collaborazioni tra reti internazionali, proponendosi come partner per i progetti dei paesi avanzati e come promotore diretto nei paesi in via di sviluppo.

ARE

Creata nel 1985, l'**Associazione delle Regioni Europee** ha sede a Strasburgo e raggruppa 240 regioni di 25 nazioni d'Europa per un numero complessivo di 400 milioni di abitanti. Ha l'obiettivo di sviluppare democrazia, solidarietà, progresso economico e solidarietà in Europa. In particolare promuove la realizzazione di network interregionali di sviluppo e partnership, per il trasferimento di know-how e lo scambio di esperienze in campo culturale, economico e sociale.

FEDERSANITÀ

Nata nel 1995 sotto l'egida dell'**Associazione nazionale dei Comuni italiani (ANCI)** ha l'intento di contribuire al processo di aziendalizzazione e di integrazione dei servizi. È un'associazione volontaria di Aziende sanitarie locali e ospedaliere e di organi di rappresentanza degli Enti locali nel settore socio-sanitario e assistenziale. Obiettivi: rappresentare le aziende sanitarie nei rapporti con lo Stato e le Regioni e concorrere alle decisioni in materia sanitaria e socio-assistenziale; garantire un collegamento tra Aziende sanitarie e sistema delle autonomie locali per l'integrazione dei servizi sanitari con quelli socio-assistenziali. Per una maggiore valorizzazione del territorio, **Federsanità** è costituita in federazioni regionali: quella lombarda è nata nel 1999.

FIASO

Nata nel 1998 - su iniziativa di un gruppo di Direttori generali di ASL e Aziende ospedaliere e del Tribunale per i diritti del malato - nella **Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere** sono oggi associate circa 150 aziende sanitarie locali e ospedaliere. Ha la finalità di diffondere la cultura manageriale nel mondo sociosanitario favorendo il processo di aziendalizzazione delle aziende associate e aumentandone l'efficienza attraverso: una gestione ottimale delle risorse umane, tecniche e finanziarie,

una ridefinizione delle politiche di tutela dei ruoli professionali, la creazione di nuovi profili professionali, la flessibilità dei palinsesti interni.

Tra le attenzioni di Fiaso c'è anche quella di valorizzare la centralità del paziente, promuovendo processi di umanizzazione dell'assistenza, nonché una cultura della qualità e del miglioramento dei servizi offerti.



tà. Lo scenario ricco di mutamenti e contraddizioni sta coinvolgendo anche il sistema sanitario nel suo complesso. La domanda di assistenza da parte dei cittadini, dal punto di vista quantitativo e da quello qualitativo, aumenta sempre più e il sistema stenta a fare fronte a una spesa medica e assistenziale in crescita esponenziale. Il tutto mentre, dall'altra parte, la diffusa crisi economica impone tagli e razionalizzazioni di spesa.

Gestione del sistema

Ecco che, quindi, il confronto tra le soluzioni ideali e quelle possibili è stato al centro delle attente analisi di operatori e studiosi.

I temi affrontati hanno interessato tutto l'arco di attività connesse alla realtà socio-sanitaria, con un occhio sia alle problematiche legate alla gestione del sistema sia all'interesse diretto dei cittadini-utenti.

Gli argomenti di Mosan Eurosalute

Mosan è ormai considerato il summit annuale delle regioni europee per la salute e gli affari sociali. Nel corso dell'Assemblea dei Ministri e Assessori alla sanità e agli affari sociali delle regioni d'Europa, tra le altre cose, è stato approvato un importante documento che definisce gli standard europei per la preparazione e la qualificazione degli operatori professionali che si occupano della cura e dell'assistenza degli anziani. Un primo importante passo per una cooperazione inter-europea nel settore della sanità e dell'assistenza sociale.

Professioni sanitarie

È stato presentato l'Osservatorio delle professioni sanitarie, varato dalla Regione Lombardia per favorire lo sviluppo professionale economico e di carriera delle professioni infermieristiche, tecniche, ostetriche, della riabilitazione e della prevenzione.

Molto frequentato - oltre 2.400 infermieri - il Forum Internazionale sull'Evidence-Based Nursing, nel corso del

quale si è creato un tavolo di lavoro permanente che riavvanti e qualifichi la professione.

Politiche del farmaco

Si è parlato di biotecnologie, centri regionali di farmacovigilanza, problematiche riguardanti i trial clinici in Europa e in Italia dopo l'allargamento della sperimentazione ai medici di medicina generale.

Gestione sanitaria

Molti gli argomenti trattati: dal rischio ospedaliero al sistema di relazioni tra imprese, Regioni e Aziende sanitarie; dalla competizione all'interno del Sistema sanitario alla customer satisfaction, al ruolo delle fondazioni nell'innovazione della gestione.

Cura degli anziani

Come vincere la sfida con l'invecchiamento progressivo della popolazione? Quali politiche adottare? Come e dove reperire i soldi necessari? Questi gli interrogativi a cui hanno cercato di rispondere esperti e operatori giunti da tutta Europa. Di grande interesse anche l'incontro interregionale patrocinato dal Ministero della Salute sull'argomento "Analisi e prevenzione delle lesioni provocate dagli incidenti domestici nelle persone anziane".

Tra istituzioni e cittadini è nato un nuovo tipo di rapporto. Sono finiti i tempi in cui questi due mondi viaggiavano in parallelo, senza comunicare tra loro: la parola d'ordine della pubblica amministrazione è oggi "comunicare", che significa assecondare e soddisfare con efficacia e rapidità i bisogni di conoscenza - per quanto riguarda l'attività pubblica - dei cittadini. Un desiderio di sapere, da parte dei cittadini/utenti che è ancor più marcato quando si entra nel campo della sanità. Il segnale più evidente del nuovo rapporto tra istituzione e cittadino, affermato e propugnato dagli orientamenti della più recente normativa - in particolare, dalla legge quadro 7/6/2000, n. 150 - è costituito dalla maggiore attenzione riservata alle relazioni tra utenti e servizi, da una più efficace capacità di ascolto da parte degli operatori e, particolarmente, dall'impegno profuso in azioni di comunicazione.

LA COMUNICAZIONE NELLA SANITÀ

La legge regionale 31/97, all'art. 11, prevede che ogni Azienda sanitaria locale e ogni Azienda Ospedaliera istituisca un Ufficio di Relazione con il Pubblico (URP), con competenze relative a:

1. informazione ai cittadini sugli atti amministrativi emanati e sullo stato dei procedimenti in corso;
2. informazione agli utenti sulle strutture pubbliche, sui servizi offerti e sulle modalità di accesso ai servizi;
3. rilevazione del grado di soddisfazione dei cittadini: a questo proposito la Direzione Generale Sanità ha messo a punto una metodologia per la rilevazione e la classificazione del reclamo, considerandolo una risorsa su cui operare e confrontarsi;
4. gestione dei rapporti con gli organi di informazione;
5. gestione della Carta dei Servizi.

Il lavoro fin qui svolto, con il coordinamento della Direzione Generale Sanità e l'apporto di operatori provenienti dalle Aziende, ha permesso di conseguire risultati concreti e tangibili, quali:

- la definizione di protocolli e di procedure;
- la rilevazione di dati confrontabili;
- la crescita professionale degli addetti;
- lo sviluppo degli URP.

VALORIZZARE LE ATTIVITÀ DI RELAZIONE

I risultati ottenuti sono, fin qui, decisamente positivi. Ma è solo un primo passo: occorre ora valorizzare ulteriormente le attività di relazione con il pubblico, consolidando il capitale di professionalità fin qui messo in atto e promuovendo la collaborazione tra gli uffici che compongono il network della comunicazione dell'area sanità.

A questo proposito, la Direzione Generale Sanità ha istituito un Gruppo di Lavoro che ha il compito di evidenziare i bisogni formativi degli operatori, in funzione dei requisiti professionali richiesti dalla Legge Quadro e in funzione dell'attuazione, nell'immediato futuro, di un ambizioso progetto: creare una vera rete di comunicatori, in grado di unire risorse ed energie, così da avvicinare in modo ancor più efficace i cittadini ai servizi sanitari. E questo, va sottolineato, non solo per quanto riguarda le strutture pubbliche: per spingere le aziende sanitarie private a divenire esse stesse protagoniste di questo nuovo tipo di rapporto con i cittadini, infatti, è stato disposto - dalla Regione Lombardia - che l'aver un Ufficio di relazioni con il Pubblico rappresenta un requisito necessario all'accreditamento. ✚

Al servizio dei cittadini

Conosciamo da vicino alcuni **funzionari addetti alle relazioni con il pubblico**. Un compito, il loro, molto importante di raccordo tra istituzione e cittadini perché il mondo della sanità non sia lontano dalle esigenze della popolazione.



Nella foto sopra, da sinistra: Benedetta Venturelli è dell'Urp dell'Azienda Spedali Civili di Brescia; Maria Angela Franchi è dell'Urp dell'Azienda Ospedaliera di Legnano. Maria Grazia Valtolini è dell'Urp Azienda ospedaliera Mellino Mellini di Chiari (BS); Giuseppina Vanotti, infine, è dell'Urp Azienda ospedaliera E. Morelli di Sondalo (So). Nella foto sotto, Alessandra Ferrari, responsabile del servizio comunicazione Azienda ospedaliera Carlo Poma di Mantova.

Nella foto sopra, da sinistra: Giuliano Frigerio, il dirigente responsabile dell'Urp Azienda Vimercate; Giovanna Cioffi è la dirigente responsabile della comunicazione all'Azienda ospedaliera San Gerardo di Monza mentre Tito Di Francesco è dell'Ufficio comunicazione dell'ASL Milano 3, Monza.



Nella foto a sinistra: Linda Bottaro, responsabile del call center servizio informazione dell'Asl provincia di Milano 1; Patrizia Cerri è coordinatore Urp dell'Azienda ospedaliera provincia di Pavia; Daniela Tonini è Referente del servizio comunicazione e Pr. dell'Asl Città di Milano.





Nella foto in alto, da sinistra: Salvatore Portuesi, dell'Urp San Carlo di Milano; Loredana Di Palo dell'Urp dell'Ospedale Sacco; Savino Bonfanti è dell'Urp dell'Ospedale Niguarda. Nella foto a fianco, da sinistra: Maurizio De Micheli dell'Urp. ICM di Milano; Giocondo Berti dell'Urp del Fatebenefratelli Oftalmico; Roberto Rossi è dell'Urp dell'Azienda ospedaliera San Paolo di Milano. Nella foto singola, Manuela Pedroni, Referente comunicazione dell'Azienda ospedaliera di Desenzano sul Garda.



Nella foto sopra, da sinistra: Teresa Brovelli è Responsabile dell'Area comunicazione dell'Azienda Ospedaliera di Gallarate; Cinzia Zaffaroni è Responsabile dell'Urp dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Circolo di Busto Arsizio; Valeria Scaramuzzino è Responsabile della comunicazione dell'Azienda Ospedaliera Macchi di Varese.



Nella foto sopra, da sinistra: Giordano Besana è Responsabile del Centro documentazione e informazione della Asl di Como; Franca Ronchetti è Responsabile Urp della Asl di Como. Infine, Carmine D'Apollito, dell'Urp della Asl Milano 2.



Nella foto a fianco, da sinistra: Lorenza Carazzone, dell'Azienda Ospedaliera di Cremona; Salvatore Mannino lavora all'Asl della Provincia di Lodi; Vera Anna Paladini è invece dell'Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi.

Nella foto sopra, a sinistra Rita Moro, dell'Urp dell'Azienda Provincia di Bergamo; Flavia Gherardi lavora all'Azienda Ospedaliera Bolognini di Seriate (Bg).

A partire da questo numero di Qui Sanità saranno pubblicate le foto di tutti coloro che lavorano per gli URP della Sanità della Lombardia.



Siamo anche su Internet

Qui SANITÀ è anche un sito!

Lo trovi all'indirizzo:

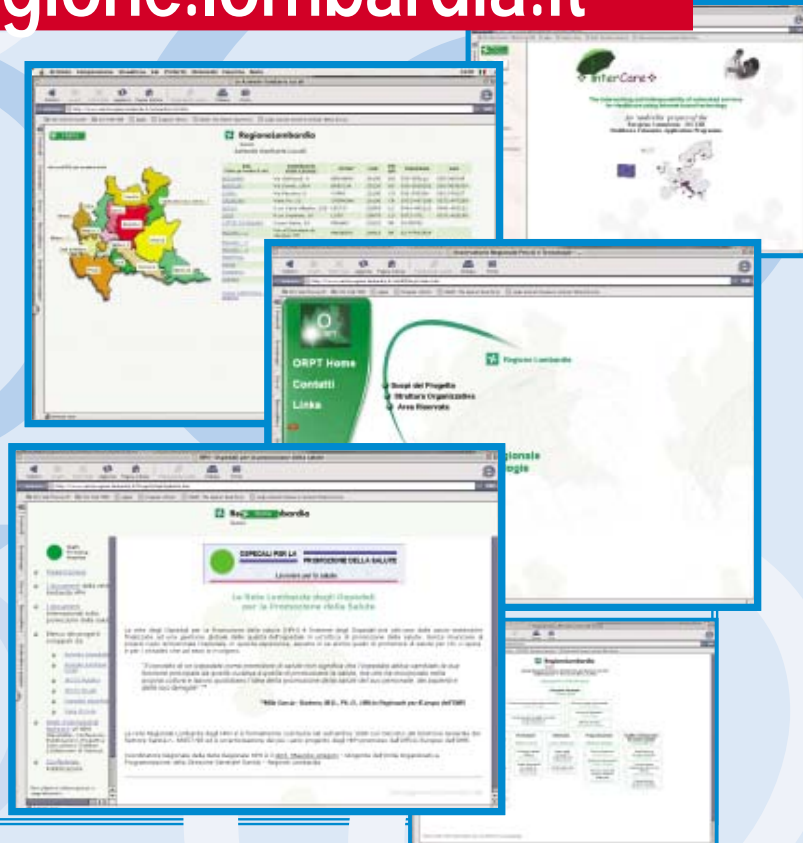
www.sanita.regione.lombardia.it

Corri al computer e scopri

Qui SANITÀ online

www.sanita.regione.lombardia.it

Il sito della Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia, per sapere tutto su convegni, corsi, atti amministrativi, concorsi, graduatorie, pubblicazioni, progetti e programmi. Per avere informazioni sul Servizio Sanitario Regionale, scrivi a:



webinfo@dgsan.lombardia.it