

Regione Lombardia

**ASL** Azienda sanitaria locale  
della provincia di Como



**DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E  
COORDINAMENTO DEI SERVIZI SANITARI  
E SOCIO-SANITARI - ANNO 2009**

**SINTESI**

**Gennaio 2009**

## PRIMA PARTE

FINALITA' E ORIENTAMENTO DEL DOCUMENTO PROGRAMMATARIO .....	4
CONTESTO AZIENDALE, EPIDEMIOLOGICO E TERRITORIALE.....	5
L'Azienda Sanitaria della provincia di Como - organizzazione.....	5
Caratteristiche territoriali e demografiche .....	5
Popolazione straniera nell'ASL della provincia di Como .....	6
Principali evidenze epidemiologiche .....	6
Mortalità evitabile .....	7
AREA SANITARIA.....	8
Articolazione degli assistiti in classi di patologia cronica .....	8
INDICATORI DOMANDA .....	9
Popolazione assistita .....	9
Ricoveri ordinari.....	9
Day hospital e day surgery.....	10
Riabilitazione .....	10
Mobilità passiva prestazioni di ricovero ordinario .....	11
Prestazioni ambulatoriali .....	11
Farmaceutica territoriale .....	12
Farmaceutica ospedaliera (FILE F).....	12
Evoluzione della richiesta di prestazioni legata al percorso diagnostico terapeutico nel diabete mellito .....	12
AREA SOCIO SANITARIA .....	13
Attività socio-sanitarie integrate .....	13
ARTICOLAZIONE DELLA RETE D'OFFERTA SANITARIA E SOCIO SANITARIA .....	15
STRUTTURE AREA SANITARIA .....	15
Presidi Ospedalieri.....	15
Specialistica ambulatoriale .....	15
INDICATORI DI OFFERTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE .....	16
Prestazioni di Ricovero Ordinari .....	16
Riabilitazione .....	16
Prestazioni ambulatoriali .....	16
Psichiatria .....	17
STRUTTURE AREA SOCIO SANITARIA.....	17
INDICATORI DI OFFERTA DELLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE.....	17
AREA CURE PRIMARIE.....	18
Medicina generale e pediatria di famiglia.....	18
Continuità assistenziale.....	18
Assistenza protesica minore ed integrativa (diabetica).....	19
Protesica .....	19
FARMACIE.....	19

## SECONDA PARTE

ATTIVITA' PROGRAMMATORIE 2009 .....	20
Assegnazione budget 2009 – ASL della Provincia di Como.....	20
Assorbimento di risorse per livelli di assistenza .....	20
AREA QUALITA' ORGANIZZATIVA.....	21
Codice Etico Comportamentale .....	21
Joint Commission International .....	21
Risk management .....	21
ACQUISTI DI BENI E SERVIZI .....	23
AREA ORGANIZZAZIONE E PERSONALE .....	24
Programmazione assunzioni .....	24
Sviluppo risorse umane .....	24
ATTIVITA' DI COMUNICAZIONE .....	26
AREA CURE PRIMARIE.....	27

Continuità delle cure e integrazione ospedale e territorio .....	27
Piano CCV .....	27
GOVERNO CLINICO TERRITORIALE E DOTE SANITARIA .....	29
Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) .....	29
PIANI REGIONALI DI SETTORE E DI SVILUPPO .....	30
PROGRAMMI DI SVILUPPO DI SETTORE .....	30
Nutrizione artificiale .....	30
HPH .....	30
PIANO INTEGRATO PER LE ATTIVITÀ DI PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E CONTROLLO .....	31
Analisi del contesto epidemiologico e del territorio per la programmazione delle attività di prevenzione .....	31
Attività di sorveglianza ed analisi epidemiologica.....	32
Comunicazione ed informazione dati attività di prevenzione .....	33
Sistema informativo della prevenzione per le attività di vigilanza e controllo .....	33
Attività di promozione della salute, con particolare riguardo a corretti stili di vita .....	34
Attività di profilassi e controllo delle malattie trasmissibili nel settore umano e nel settore zootecnico.....	35
Attività di screening oncologico .....	35
Attività di vigilanza e controllo negli ambienti di vita e di lavoro e nel settore della sicurezza alimentare e della sanità veterinaria .....	36
CRS-SISS .....	39
INDICI DI OFFERTA E NEGOZIAZIONE .....	40
Prestazioni sanitarie .....	40
Strategie Aziendali - Negoziazione quote variabili legate a specifici progetti.....	40
Ricoveri per acuti e riabilitazione .....	40
Prestazioni ambulatoriali .....	41
AZIONI SU TEMPI DI ATTESA E ACCESSIBILITÀ.....	42
Prestazioni ambulatoriali .....	42
Call Center .....	42
RISORSE PER LA NEGOZIAZIONE DELLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE.....	43
PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI STRUTTURE SANITARIE .....	44
Attività di controllo del Servizio Assistenza Farmaceutica .....	44
PIANO ANNUALE DI CONTROLLO E VIGILANZA STRUTTURE SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI ..	45
Attività del Servizio vigilanza strutture socio sanitarie .....	45
SALUTE MENTALE.....	46
Psichiatria .....	46
Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza .....	46
ASSISTENZA FARMACEUTICA .....	47
INNOVAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI .....	48
PROGETTI INNOVATIVI E DI INTERESSE REGIONALE.....	49
Gestione informatica dei flussi documentali .....	49
Coordinamento Interaziendale domanda-offerta .....	49
Determinazione dell'utilizzo delle droghe d'abuso nella città di Como, mediante valutazione dei loro residui metabolici nelle acque del depuratore municipale .....	49
Sostegno alla genitorialità.....	49
Cure Palliative Oncologiche .....	50
Registro Tumori .....	50

## FINALITA' E ORIENTAMENTO DEL DOCUMENTO PROGRAMMATARIO

Le azioni che orienteranno le scelte dell'ASL della Provincia di Como per l'anno 2009, nella realizzazione della mission e degli obiettivi aziendali, saranno caratterizzate da un'attenzione preminente orientata all'ottenere effetti rilevanti per il governo del territorio di pertinenza con il concorso degli attori istituzionali e sociali, pubblici e privati.

Principali "azioni strategiche":

- ◆ consolidare la funzione di regia della governance dei servizi nella cornice di sostenibilità economica del sistema;
- ◆ mantenere e diversificare le aree di condivisione programmatoria nella rete istituzionale provinciale e sovraprovinciale con gli Enti Locali, Soggetti Erogatori e Terzo Settore;
- ◆ sviluppare strumenti di conoscenza a supporto delle decisioni strategiche attraverso la creazione di una piattaforma informativa finalizzata all'acquisizione di analisi in funzione programmatoria di raccordo domanda-offerta;
- ◆ assicurare percorsi di cura nella rete tra strutture sanitarie, socio-sanitarie del territorio distrettuale e provinciale, caratterizzate da garanzia di continuità assistenziale ospedale territorio;
- ◆ sviluppare percorsi formativi interaziendali con il coinvolgimento della medicina territoriale e specialistica per favorire obiettivi di rete congruenti con la politica sanitaria regionale;
- ◆ garantire la continuità del percorso intrapreso in ambito di gestione del rischio attraverso lo sviluppo di funzioni di programmazione, vigilanza e controllo sull'erogazione di prestazioni sanitarie;

## CONTESTO AZIENDALE, EPIDEMIOLOGICO E TERRITORIALE

### L'Azienda Sanitaria della provincia di Como - organizzazione

La Regione Lombardia con DGR n. VIII/008665V del 12/12/2008 ha approvato il nuovo piano di organizzazione aziendale dell'ASL della provincia di Como.

L'organizzazione aziendale è definibile a "matrice" ove le tecnostrutture dipartimentali esercitano una direzione per funzioni e il Distretto esercita una direzione per prodotti/ obiettivi con la gestione diretta delle risorse sul territorio; i responsabili delle UOS distrettuali si caratterizzano per un ruolo di integrazione/raccordo tra Dipartimenti e Distretti socio sanitari:

<b>DIPARTIMENTI</b>	Cure Primarie e Continuità Assistenziale
	Prevenzione Medico
	Prevenzione Veterinario
	Attività Socio Sanitarie Integrate (ASSI)
	Dipendenze
	Programmazione, Acquisto e Controllo Sanitario(PACS)
	Amministrativo
<b>DISTRETTI SOCIO SANITARI DI BASE</b>	Brianza
	Como
	Medio Alto Lario (MAL)
	Sud Ovest della Provincia di Como
	Distretto Speciale di Campione d'Italia
<b>DISTRETTI VETERINARI</b> (con identica denominazione ed articolazione territoriale dei Distretti socio sanitari)	Brianza
	Como
	Medio Alto Lario (MAL)
	Sud Ovest della Provincia di Como.
<b>STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE</b>	Sviluppo Organizzativo e Pianificazione Strategica
	Miglioramento Qualità, Rischio Clinico ed Educazione alla Salute
	Comunicazione e Relazioni Esterne
	Sistemi Informativi Aziendali ed Osservatorio Epidemiologico
	Dipartimento Programmazione Acquisto e Controllo Sanitario
	oltre a: Ufficio Prevenzione e Protezione e Medico Competente

### Caratteristiche territoriali e demografiche

La Provincia di Como è orograficamente caratterizzata da una variegata conformazione fisica del territorio presentando in particolare una diversità significativa tra l'area settentrionale e quella meridionale: procedendo da nord verso sud si passa dai rilievi montuosi alla collina fino alla pianura.

La popolazione domiciliata al 31 ottobre 2008 ammonta a 583.199 unità (densità: 452 abitanti/kmq), con età media di circa 43 anni e con prevalenza della componente femminile, che rappresenta il 51%.

Distretto	Totale	Femmine	Maschi	Età media	Indice di vecchiaia	Indice di invecch.
BRIANZA	197.354	100.495	96.859	42,16	130,82	18,77
CAMPIONE d'ITALIA (*)	2.454	1.212	1.242	44,37	155,32	20,82
COMO	147.193	76.720	70.473	44,51	176,31	22,91
MEDIO ALTO LARIO	54.120	27.715	26.405	44,60	175,75	22,73
SUD OVEST	182.078	92.644	89.434	41,54	119,65	17,71
<b>TOTALE ASL</b>	<b>583.199</b>	<b>298.786</b>	<b>284.413</b>	<b>42,79</b>	<b>141,73</b>	<b>19,86</b>

(\*) Dato Parziale

L'indice di vecchiaia, calcolato attraverso il rapporto tra gli ultra 65enni e i minori di 15 anni, rappresenta un indicatore che stima il grado di invecchiamento di una popolazione. Valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi; viene considerato un indicatore di invecchiamento grezzo poiché nell'invecchiamento di una popolazione si ha generalmente un aumento del numero di anziani e contemporaneamente una diminuzione del numero dei soggetti più giovani cosicché il numeratore e il denominatore variano in senso opposto, aumentandone l'effetto.

Nel caso del territorio provinciale si nota che i Distretti di Como, Medio Alto Lario e Campione d'Italia sono caratterizzati da una popolazione più anziana della media ASL, mentre nei Distretti più a sud (Brianza e Sud Ovest), si concentrano le fasce più giovani.

Distretto	Indice di carico sociale (31.10.2008)	Indice di natalità (2007)	Indice di fecondità (2007)
<b>BRIANZA</b>	49,53%	9,81‰	41,42‰
<b>COMO</b>	56,00%	8,45‰	34,82‰
<b>MEDIO ALTO LARIO</b>	55,45%	9,04‰	40,94‰
<b>SUD OVEST</b>	48,15%	10,18‰	42,00‰
<b>TOT ASL</b>	<b>51,22%</b>	<b>9,47‰</b>	<b>39,70‰</b>

### **Popolazione straniera nell'ASL della provincia di Como**

La popolazione assistibile straniera nella provincia di Como è cresciuta dal 3,49% nel 2004 al 5,26% nel 2007, mentre i soggetti temporaneamente presenti (STP), che hanno usufruito di almeno una prestazione socio-sanitaria, sono passati da 610 nel 2004 a 988 nel 2007.

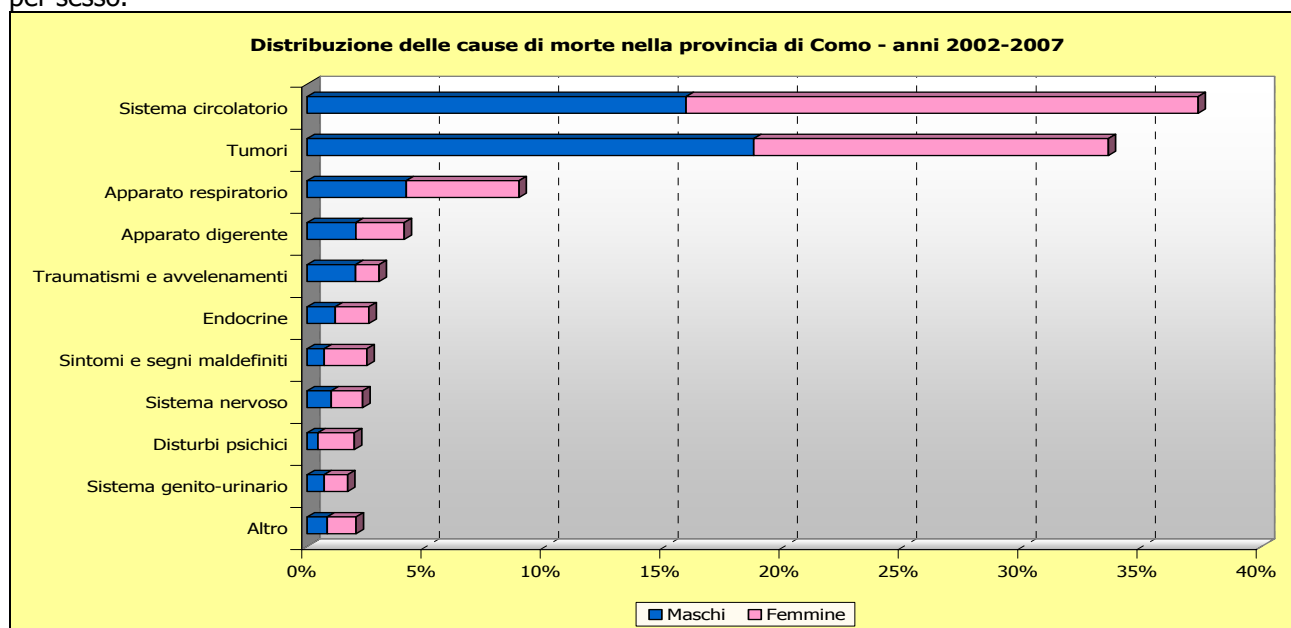
### **Anagrafica assistibili, stranieri e STP**

	2004	2005	2006	2007
<b>Assistibili</b>	550.412	557.466	567.753	572.824
<b>Stranieri</b>	19.232	23.120	29.427	30.151
<b>%</b>	<b>3,49</b>	<b>4,15</b>	<b>5,18</b>	<b>5,26</b>
<b>STP</b>	610	773	986	988

E' verosimile che il numero di soggetti temporaneamente presenti sul territorio sia più elevato, in quanto la quota calcolata è costituita dai soli STP, che hanno usufruito di almeno una prestazione socio-sanitaria.

### **Principali evidenze epidemiologiche**

Il grafico seguente illustra la distribuzione delle cause di morte nel periodo temporale 2002-2007 suddivise per sesso.

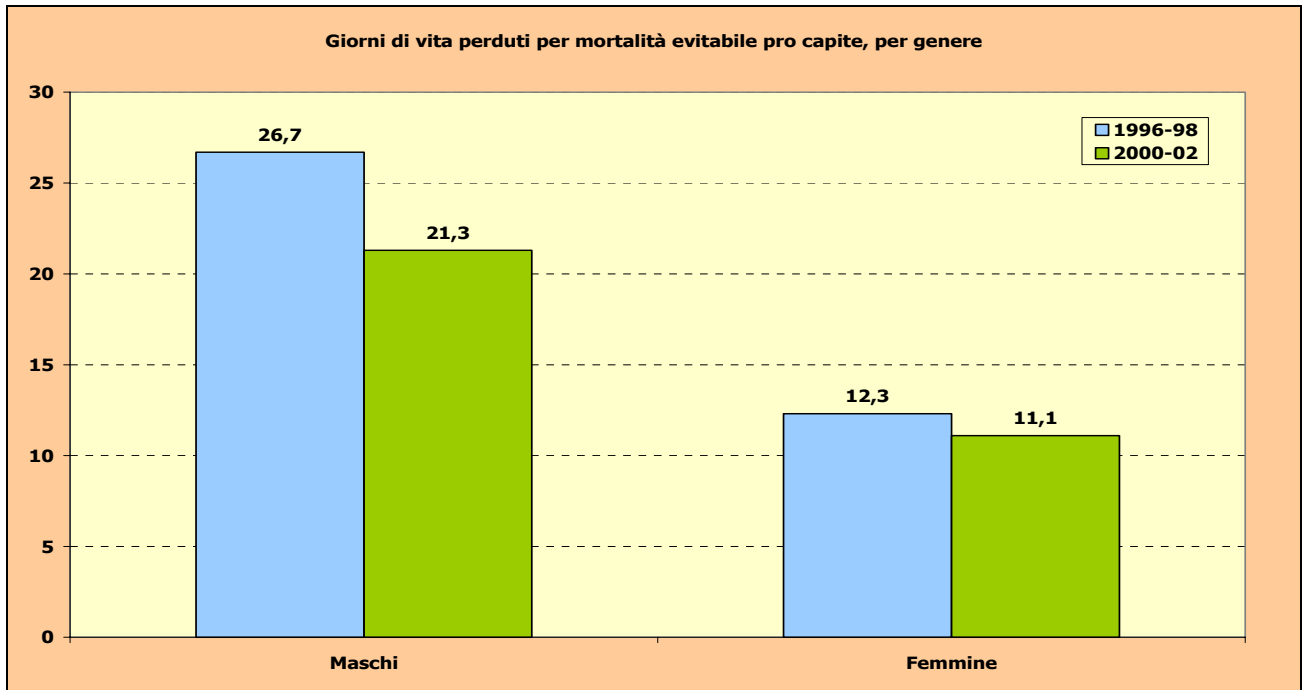


Le malattie del sistema circolatorio sono la principale causa di morte nel 37,33% dei casi seguite dai tumori (33% circa).

Il tasso grezzo di mortalità della popolazione generale si colloca poco sotto la media regionale.

### **Mortalità evitabile**

L'analisi della mortalità evitabile costituisce un approccio valutativo degli eventi di outcome di salute, validato e comunemente impiegato a livello internazionale.



Come si può facilmente evincere, la mortalità evitabile negli uomini è più elevata che nelle donne; i giorni di vita perduti pro-capite per mortalità evitabile sono circa il doppio nel sesso maschile. Positivo il confronto tra il triennio 1996-98 e il triennio 2000-02 che mostra valori di mortalità evitabile in riduzione per entrambi i sessi.

## AREA SANITARIA

### Articolazione degli assistiti in classi di patologia cronica

Dal punto di vista epidemiologico risulta interessante riservare una particolare attenzione alla numerosità e alla tipologia della popolazione affetta da patologie croniche.

L'ASL dispone attualmente di una mappatura costantemente aggiornata della diffusione delle principali patologie croniche degenerative, sulla scorta dei consumi sanitari assorbiti dalle relative categorie di assistiti, come rappresentato nella tabella sottostante.

### Prevalenza e costi medi 2007

Patologie croniche-degenerative	Prevalenza ASL	Costo totale (/1.000€)	Costo medio (€)
Deceduto	0,85%	40.390	8.251,37
Trapiantato	0,06%	6.543	17.974,99
Insufficienti renali cronici	0,27%	17.595	11.410,72
HIV e AIDS	0,20%	9.701	8.443,20
Neoplastici	3,26%	79.505	4.256,40
Diabetici	3,65%	49.761	2.379,31
Cardiovascolopatici	12,43%	129.551	1.819,62
Broncopneumopatici	1,38%	10.637	1.344,88
Gastroenteropatici	1,38%	11.386	1.440,91
Neuropatici	1,09%	18.592	2.968,02
Malati di affezioni autoimmunitarie	0,35%	1.888	938,20
Malati di affezioni endocrine e metaboliche	1,35%	6.856	886,57
Donne con DRG riferiti al parto (370-375)	0,83%	12.471	2.613,33
Altri	54,93%	162.734	517,08
Sani (che non hanno contatto con il SSN)	17,96%	-	-

### Consumi per le principali patologie croniche suddivise per ricoveri ospedalieri, specialistica ambulatoriale e farmaceutica convenzionata

		Brianza	Como	Medio Alto Lario	Sud ovest	ASL
<b>Deceduti</b>	<b>Ricoveri</b>	85,27%	87,09%	88,59%	86,62%	86,60%
	<b>Specialistica</b>	7,39%	6,09%	6,56%	6,32%	6,61%
	<b>Farmaceutica</b>	7,34%	6,82%	4,85%	7,06%	6,79%
<b>Neoplastici</b>	<b>Ricoveri</b>	60,63%	61,09%	68,41%	60,78%	61,60%
	<b>Specialistica</b>	20,93%	20,84%	15,79%	21,31%	20,48%
	<b>Farmaceutica</b>	18,44%	18,08%	15,80%	17,91%	17,92%
<b>Diabetici</b>	<b>Ricoveri</b>	50,06%	51,73%	57,10%	49,32%	51,17%
	<b>Specialistica</b>	16,99%	16,38%	13,37%	16,88%	16,34%
	<b>Farmaceutica</b>	32,95%	31,89%	29,53%	33,80%	32,49%
<b>Cardiovascolopatici</b>	<b>Ricoveri</b>	49,62%	50,69%	58,85%	50,97%	51,30%
	<b>Specialistica</b>	17,52%	17,06%	13,56%	16,78%	16,73%
	<b>Farmaceutica</b>	32,86%	32,25%	27,59%	32,25%	31,96%
<b>Neuropatici</b>	<b>Ricoveri</b>	55,89%	56,39%	68,85%	56,29%	57,87%
	<b>Specialistica</b>	21,46%	19,63%	13,13%	21,42%	19,81%
	<b>Farmaceutica</b>	22,65%	23,97%	18,02%	22,29%	22,32%

## **INDICATORI DOMANDA**

I dati riportati sono stati elaborati utilizzando riferimenti temporali differenziati in funzione degli aggiornamenti disponibili sia a livello aziendale che di "ritorno" dalla Regione.

### **Popolazione assistita**

Per fornire alcuni riferimenti alla programmazione dei consumi per l'anno 2007, si è provveduto a studiare i dati sia a livello distrettuale, sia per fascia d'età, in modo tale da tenere conto dei cambiamenti di comportamento nel consumo e delle modifiche nella distribuzione della popolazione per fascia d'età. E' evidente che trattandosi di realtà che registrano trend di cambiamento di medio lungo periodo le evidenze emerse e le considerazioni che possono essere ricavate dall'osservazione dei dati confermano caratteristiche e fenomeni in parte già conosciuti.

I dati sono stati elaborati facendo riferimento al numero degli assistiti effettivamente residenti ed escludendo quindi gli assistiti domiciliati. Il numero degli assistiti, distinto per fascia di età, è rappresentato nella seguente tabella:

Fascia Età	Assistiti 2005	Assistiti 2006	Assistiti 2007	% Assistiti 2007
00-00	5.129	5.227	5.312	1%
01-04	20.926	21.387	22.070	4%
05-14	50.748	51.474	52.076	9%
15-44	225.687	227.975	226.870	40%
45-64	144.819	147.599	150.376	26%
65-74	59.310	59.781	60.093	11%
75 ed oltre	49.590	50.813	52.590	9%
	<b>556.209</b>	<b>564.256</b>	<b>569.387</b>	<b>100</b>

### **Ricoveri ordinari**

Le tabelle di seguito riportate mettono a confronto il tasso di ricovero per acuti suddiviso per fasce di età e per i Distretti dell'ASL della Provincia di Como negli anni dal 2005 al 2007. Dall'analisi dei dati si evincono informazioni ormai consolidate: la maggior quota di risorse è assorbita dalle fasce di popolazione over 65 e il tasso di ricovero ordinario per acuti tende a decrescere nel corso del triennio. Inoltre, nel distretto del Medio Alto Lario, il tasso di ricovero risulta più alto, seppur in diminuzione, rispetto agli altri tre distretti; si possono confermare le ragioni di tale fenomeno, certamente dovute a motivazioni di tipo demografico a cui si associa una minore accessibilità determinata dalla configurazione territoriale.

	RICOVERI X 1000 ABITANTI		
	2005	2006	2007
DISTRETTO BRIANZA	121,39	116,01	110,00
DISTRETTO COMO	134,56	127,66	121,61
DISTRETTO MEDIO ALTO LARIO	150,03	145,57	137,72
DISTRETTO SUD OVEST	122,42	117,09	111,17
<b>Totale ASL</b>	<b>127,86</b>	<b>121,73</b>	<b>115,51</b>

	RICOVERI X 1000 ABITANTI		
	2005	2006	2007
0 anni	705,60	646,45	626,13
01-04 anni	102,41	99,31	90,39
05-14 anni	50,33	47,71	46,60
15-44 anni	86,79	83,14	79,91
45-64 anni	108,34	101,76	95,79
65-74 anni	217,37	204,13	192,25
75 anni ed oltre	295,11	291,09	269,75
<b>Totale ASL</b>	<b>127,86</b>	<b>121,73</b>	<b>115,51</b>

## Day hospital e day surgery

Nelle tabelle sotto riportate si evince l'andamento dell'attività di Day Hospital e di Day Surgery nel periodo 2004-2007. Si sottolinea che per il DH è stato analizzato il numero di giornate per 1.000 abitanti mentre per la Day Surgery il numero di ricoveri per 1.000 abitanti.

	GIORNATE DH MEDICO X 1000 ABITANTI				
	2004	2005	2006	2007	VARIAZIONE 2004/2007
DISTRETTO BRIANZA	95,80	92,16	90,40	91,57	-4,42%
DISTRETTO COMO	107,66	113,04	103,50	108,30	0,59%
DISTRETTO MEDIO ALTO LARIO	71,34	75,73	82,78	67,23	-5,76%
DISTRETTO SUD OVEST	92,58	88,40	86,21	82,19	-11,22%
<b>TOTALE</b>	<b>95,54</b>	<b>94,80</b>	<b>91,73</b>	<b>90,58</b>	<b>-5,19%</b>

	GIORNATE DH CHIRURGICO X 1000 ABITANTI				
	2004	2005	2006	2007	VARIAZIONE 2004/2007
DISTRETTO BRIANZA	22,83	22,83	24,81	16,68	-26,92%
DISTRETTO COMO	27,73	28,35	28,72	16,82	-39,35%
DISTRETTO MEDIO ALTO LARIO	32,03	32,15	33,25	21,74	-32,11%
DISTRETTO SUD OVEST	23,86	24,69	25,07	15,64	-34,44%
<b>TOTALE</b>	<b>25,29</b>	<b>25,71</b>	<b>26,69</b>	<b>16,87</b>	<b>-33,30%</b>

Si precisa che dal 2007 è avvenuto il passaggio degli interventi per cataratta e per tunnel carpale dal regime di Day Surgery all'ambulatoriale ciò ha ridotto significativamente le giornate di DS.

## Riabilitazione

Come si evince dai due prospetti sotto riportati il tasso di ricovero in riabilitazione continua a crescere anche per il 2007 con l'eccezione del Distretto Medio Alto Lario, il quale, nonostante la lieve diminuzione registrata, continua ad avere un tasso di ricovero più alto rispetto alla media dell'ASL. Ciò è in parte riconducibile all'offerta di strutture riabilitative in questo distretto (tre strutture) e in parte alla configurazione territoriale che rende difficile l'accesso alle prestazioni a livello ambulatoriale. Dalla distribuzione per fascia d'età si conferma un tasso di ricovero più elevato nella fascia superiore ai 75 anni.

	RICOVERI IN RIAB X 1000 ABITANTI		
	2005	2006	2007
DISTRETTO BRIANZA	9,78	10,55	16,31
DISTRETTO COMO	9,41	10,00	11,49
DISTRETTO MEDIO ALTO LARIO	17,05	20,04	18,50
DISTRETTO SUD OVEST	8,89	8,91	9,64
<b>TOTALE</b>	<b>10,10</b>	<b>10,76</b>	<b>11,62</b>

FASCIA D'ETA'	RICOVERI IN RIAB X 1000 ABITANTI		
	2005	2006	2007
00-14	5,98	5,58	6,72
15-44	2,67	2,72	2,84
45-64	8,44	8,75	8,90
65-74	26,18	26,86	29,57
75 ed oltre	35,95	42,08	44,70
<b>TOTALE</b>	<b>10,38</b>	<b>10,76</b>	<b>11,62</b>

## Mobilità passiva prestazioni di ricovero ordinario

La percentuale di pazienti comaschi che hanno usufruito di prestazioni di ricovero ordinario per acuti fuori dalla propria ASL in strutture della regione risulta in linea con il 2006 (28,7%). La tabella sottostante riporta un prospetto riepilogativo che indica le Province sede degli ospedali che hanno erogato prestazioni di ricovero per acuti per i residenti della ASL escludendo i ricoveri di riabilitazione. Si conferma che la fuga è pressoché costante verso gli ospedali delle ASL limitrofe e verso Milano per la tipologia di offerta.

	2005	2006	2007
DISTRETTO BRIANZA	29,6%	30,6%	31,6%
DISTRETTO COMO	14,8%	15,1%	15,9%
DISTRETTO MEDIO ALTO LARIO	15,1%	16,2%	16,6%
DISTRETTO SUD OVEST	40,8%	40,6%	41,4%
<b>TOTALE</b>	<b>27,4%</b>	<b>27,9%</b>	<b>28,7%</b>

N. di ricoveri			
Province	2005	2006	2007
MILANO	10.509	10.689	9.643
VARESE	6.633	6.330	6.265
LECCO	1.550	1.512	1.520
SONDRIO	704	719	711
BERGAMO	331	333	351
PAVIA	373	341	327
BRESCIA	117	117	89
CREMONA	35	24	21
LODI	5	25	14
MANTOVA	10	5	3
<b>Totale</b>	<b>20.267</b>	<b>20.095</b>	<b>18.94</b>

Il Peso Medio dei DRG erogati fuori provincia risulta più elevato rispetto a quello riscontrato nelle strutture provinciali: per i DRG chirurgici, si conferma come i ricoveri per patologie gravi o per interventi complessi, pur di bassa numerosità, incidono in modo rilevante: ciò è in relazione anche alla vicinanza con i centri di eccellenza collocati soprattutto nella città di Milano.

FUGA	2005	2006	2007
PESO MEDIO DRG MEDICI	0,872	0,850	0,829
PESO MEDIO DRG CHIRURGICI	1,678	1,696	1,665

## Prestazioni ambulatoriali

L'analisi del consumo medio pro-capite per i quattro Distretti dell'ASL della Provincia di Como per il biennio 2005 - 2007 è illustrata nella tabella riportata di seguito: dai dati emerge anche per il 2007 un valore costantemente più alto per il Distretto di Como, determinato dalla presenza della maggior parte dei punti di offerta.

VALORE PRO CAPITE AMBULATORIALE				
		2005	2006	2007
<b>ALTRE DISCIPLINE</b>	DISTRETTO BRIANZA	75,91	77,71	94,47
	DISTRETTO COMO	90,31	87,29	108,42
	DISTRETTO MEDIO ALTO LARIO	76,90	74,76	88,04
	DISTRETTO SUD OVEST	78,59	79,1	97,99
	<b>Totale ASL</b>	<b>80,54</b>	<b>80,04</b>	<b>98,50</b>
<b>LABORATORIO</b>	DISTRETTO BRIANZA	35,66	38,86	39,67
	DISTRETTO COMO	37,56	39,75	42,42
	DISTRETTO MEDIO ALTO LARIO	29,13	31,93	38,25
	DISTRETTO SUD OVEST	34,46	35,31	37,50
	<b>Totale ASL</b>	<b>35,16</b>	<b>37,32</b>	<b>39,55</b>
<b>PRONTO SOCCORSO</b>	DISTRETTO BRIANZA	22,26	21,44	26,82
	DISTRETTO COMO	24,88	25,05	28,97
	DISTRETTO MEDIO ALTO LARIO	21,95	22,98	27,86
	DISTRETTO SUD OVEST	23,12	23,87	27,65
	<b>Totale ASL</b>	<b>23,18</b>	<b>23,19</b>	<b>27,72</b>
<b>RADIOLOGIA</b>	DISTRETTO BRIANZA	35,38	36,87	38,70
	DISTRETTO COMO	41,74	42,64	44,25
	DISTRETTO MEDIO ALTO LARIO	32,9	33,84	35,34
	DISTRETTO SUD OVEST	34,71	36,13	38,25
	<b>Totale ASL</b>	<b>36,57</b>	<b>37,71</b>	<b>39,64</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>43,86</b>	<b>44,56</b>	<b>51,35</b>

La tabella a lato riporta il trend 2005-2007 per gli esami maggiormente rappresentativi per la diagnostica di immagine, ovvero ecografia addominale, TAC e RMN. Si osserva un aumento delle prestazioni rispetto agli anni precedenti.

	2005	2006	2007
<b>TAC</b>	34.956	34.566	36.080
<b>RMN</b>	25.980	29.841	32.654
<b>ECOGRAFIA ADDOME</b>	32.998	34.620	36.735
	<b>93.934</b>	<b>99.027</b>	<b>105.469</b>

### Farmaceutica territoriale

Dai dati si evidenzia che il maggior assorbimento di risorse per la farmaceutica convenzionata è dovuto alle fasce d'età superiori ai 65 anni, come è logico aspettarsi poiché in queste fasce aumenta il consumo di farmaci in particolare per la cura di patologie croniche (ipertensione, ipercolesterolemia, malattie dell'apparato cardiocircolatorio ecc). Il maggior consumo nell'anno 2008 rispetto agli anni 2006 e 2007, in particolare negli over 65, è determinato dal maggior numero di assistiti, considerato che l'età media della popolazione va via via crescendo.

Consumo pro capite			
Fasce d'età	Consumo pro-capite 2006	Consumo pro-capite 2007	Previsione consumo pro-capite 2008
0 anni	14	14	14
01-04 anni	30	29	30
05-14 anni	27	26	26
15-44 anni	68	59	60
45-64 anni	177	167	169
65-74 anni	399	389	394
75 anni ed oltre	449	451	457
<b>Totale</b>	<b>160</b>	<b>154</b>	<b>156</b>

### Farmaceutica ospedaliera (FILE F)

La tabella che segue mette in evidenza il consumo dei farmaci ospedalieri ricompresi nel File F nel triennio 2006-2008.

DISTRETTO	2006	2007	2006/2007	2008 Proiez	2007/2008
DISTRETTO BRIANZA	6.273.066	7.315.972	16,6%	7.930.398	8,4%
DISTRETTO COMO	4.246.504	5.595.614	31,8%	6.102.486	9,1%
DISTRETTO MEDIO ALTO LARIO	1.463.653	1.428.600	-2,4%	1.880.792	31,7%
DISTRETTO SUD OVEST	5.117.826	6.323.758	23,6%	7.748.335	22,5%
Totale	17.101.050	20.663.945	20,8%	23.662.011	14,5%

Negli ultimi tre anni la spesa per i farmaci ospedalieri e in particolare quella destinata ai farmaci oncologici ad alto costo cresce in modo estremamente significativo anche se con una % più contenuta nell'anno 2008 rispetto all'anno precedente: 20,8% in più nel 2007 e 14,5% in più nel 2008 (previsione elaborata sui primi 10 mesi). Le motivazioni sono da ricercarsi nell'invecchiamento della popolazione, nella disponibilità in commercio di nuove molecole più costose e/o nell'estensione, per alcuni principi attivi, delle indicazioni alla terapia in prima istanza per numerose tipologie di tumore in precedenza trattati con farmaci meno costosi.

### Evoluzione della richiesta di prestazioni legata al percorso diagnostico terapeutico nel diabete mellito

L'ASL ha introdotto da tempo percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) su alcune patologie croniche come l'Asma del bambino, la BPCO, l'ipertensione arteriosa e il Diabete Mellito, allo scopo di migliorare efficienza ed efficacia dei profili di cura delle patologie ritenute a maggiore impatto sanitario e socioeconomico, di limitare la disomogeneità decisionale del singolo medico e di migliorare il rapporto efficacia-costi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Il Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale, in base a specifiche indicazioni regionali, leggerà l'erogazione della quota variabile del compenso dei medici di medicina generale per l'anno 2008, oltre che alla rilevazione degli assistibili in sovrappeso ed obesi, all'aggiornamento dell'elenco dei propri iscritti affetti da diabete mellito e/o da intolleranza al glucosio allo scopo di individuare anche quei pazienti che ancora non consumano prestazioni e ausili, né sono esenti ticket e che quindi sfuggono alla BDA.

La prevalenza dei diabetici è in costante aumento e nel territorio provinciale è passata dal 3,90% nel 2005 fino al 4,15% nel 2007 e poiché tale tendenza si mantiene abbastanza costante, nel corso del 2009 si monitorerà mensilmente la spesa sia per l'assistenza medica, determinata dall'effettuazione di controlli

specialistici (giornate di Day Hospital, Hb glicata, visite oculistiche e fundus oculi) che per l'assistenza integrativa, anche sulla scorta del ritorno informativo che i medici di medicina generale dovranno fornire.

## AREA SOCIO SANITARIA

### **Attività socio-sanitarie integrate**

Le tabelle indicano nel complesso un consolidamento verso l'alto di domanda/consumo di prestazioni socio-sanitarie integrate; questo innalzamento complessivo è dovuto ai nuovi accreditamenti di strutture già esistenti nella "rete", alla recente introduzione di nuove tipologie, che alla maggior saturazione in strutture ad elevato "peso specifico" (RSA) dovuto ad evidenti fattori quali l'invecchiamento della popolazione.

<b>DOMANDA/CONSUMO DI PRESTAZIONI (residenziali/semiresidenziali/ ambulatoriali) PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA</b>				
<b>STRUTTURE</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
RSA (*)	1.457.706	1.485.684	1.508.537	1.511.000
RSD/CRH (*)	77.788	75.951	76.863	77.820
CSS	1.891	8.186	10.701	10.700
CDD/CSE	48.558	48.981	54.826	65.238
IDR/RIA (**)	407.162	138.594	145.614	146.000
CDI	57.535	60.417	67.080	70.100
HOSPICE	5.238	5.823	5.500	6.221
ENTI AUSILIARI DIPENDENZE	34.750	31.553	33.590	33.590
ADI (n. assistiti)	4.183	4.059	4.538	4.650
ADI (n. titoli – voucher/credit)	9.510	13.673	17.044	17.044
C.F. privati (utenti funzioni non tariffabili)	2.490	2.700	3.000	3.000

(\*) dal 2006 il dato comprende pz. "ex OP"; (\*\*) dal 2007, a seguito del processo di riconversione ex IdR, sono presenti i dati riferiti alle sole strutture con sede provinciale

<b>DOMANDA/CONSUMO DI PRESTAZIONI FUORI PROVINCIA/REGIONE (dato economico)</b>				
<b>STRUTTURE</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
RSA	2.536	2.548	2.569	2.583
RSD/CRH	840	846	943	1.176
CSS	11	17	19	19
CDD/CSE	120	127	129	129
IDR/RIA	4.403	5.444	5.742	5.700
CDI	24	32	67	67
HOSPICE	15	37	30	30
ENTI AUSILIARI DIPENDENZE	1.302	1.208	1.598	1.598
SMI (Servizi Multidisciplinari integrati per le dipendenze)			2	2
EX OP	390	371	380	380
CF PRIVATI	31	32	32	32
ADI	6	9	12	12
TOTALE	9.678	10.671	11.492	11.728

n.b. dati in migliaia di euro

La domanda/consumo di prestazioni di residenti comaschi presso le strutture collocate fuori provincia/regione – pur mostrando un andamento crescente, dovuto anche in questo caso ad eventi quali gli aumenti tariffari, l'accreditamento di nuove tipologie di servizi e le nuove modalità di rendicontazione delle prestazioni in IDR – si mantiene, se confrontato con il totale dei costi ASSI nella parte "Consumi socio-sanitari" – intorno a circa il 13 – 14% dei costi totali. In ogni caso, rimane costantemente elevato il grado di attrazione delle strutture provinciali (vd. tabelle in "Consumi socio-sanitari").

## "Classificazione" assistiti

### RSA

CONSUMO DI PRESTAZIONI PER CLASSE DI OSPITI IN RSA (n. giornate fruito)											
anno	NAP/NAT	ALZH	CL1	CL2	CL3	CL4	CL5	CL6	CL7	CL8	SVP
2006	401.462	30.261	262.213	29.735	298.726	40.872	64.110	23.848	176.807	84.500	
2007	320.384	39.424	323.072	30.105	343.664	38.922	75.537	26.426	204.536	83.614	
2008	-	38.463	480.832	43.510	437.173	49.127	98.325	32.066	238.384	90.657	2.408
2009	-	38.301	473.683	44.042	430.938	48.735	100.292	31.188	238.551	90.599	14.671

I dati della tabella evidenziano un progressivo aumento della frequenza percentuale delle classi 1 e 3 (che attualmente rappresentano il 60 % dei record SOSIA, contro il 55 % del 2005) ed una diminuzione delle classi 2, 4, 6 e 8: il carico assistenziale degli ospiti tende quindi ad aumentare, segnalando come gli ospiti delle RSA si caratterizzano sempre più frequentemente come non autosufficienti totali.

Il dato relativo agli assistiti in Stato Vegetativo Permanente (SVP) è previsto in espansione nel 2009 in quanto "categoria" introdotta nei flussi informativi come a totale carico del SSR solo nel corso del 2008.

Per quanto riguarda gli assistiti classificati quali "Alzheimer", si precisa che tale tipologia è rendicontabile solo dalle strutture con apposito nucleo dedicato ed accreditato (presente in n. 6 RSA provinciali per un totale di n. 117 posti letto).

### RSD (n. 5 classi Sidi)

I dati evidenziano una presenza prevalente di ospiti in classe di gravità n. 1 ovvero di ospiti con necessità di assistenza continua nello svolgere le attività quotidiane.

CONSUMO DI PRESTAZIONI PER CLASSE DI OSPITI IN RSD							
anno	CL1	CL2	CL3	CL4	CL5	EX-OP (*)	SVP
2006	42.123	7.772	3.263	3.012	3.649	17.969	
2007	41.403	9.855	3.351	2.638	3.497	15.207	
2008	42.490	10.674	2.346	3.003	2.977	14.641	732
2009	43.157	10.648	2.277	3.039	3.368	14.600	730

(\*) dato rilevato dal 2006

### CDD

I dati evidenziano una prevalenza di ospiti in classe di gravità n. 5 ovvero di ospiti con un buon livello di autonomia; l'altra classe di gravità più presente è la n. 2 ovvero ospiti con necessità di assistenza o comunque di supervisione da parte del personale educativo/assistenziale per lo svolgimento delle attività quotidiane.

CONSUMO DI PRESTAZIONI PER CLASSE DI OSPITI IN CDD						
anno	CL1	CL2	CL3	CL4	CL5	EX IDR DGR 5000
2006	6.899	12.611	9.074	4.494	15.480	
2007	7.380	13.237	10.025	3.194	15.145	
2008	7.584	14.565	10.588	3.713	17.167	1.210
2009	7.692	14.691	10.771	3.799	18.925	2.602

### Liste di attesa

Il numero complessivo delle persone in lista d'attesa per un ricovero in RSA è salito dai 1.293 (minimo dell'anno 2008) ai 1.556 nel mese di ottobre: pur risentendo di fattori stagionali il dato è in crescita, anche se gli indici che segnalano la richiesta di ricoveri urgenti o per patologie critiche (demenze) sono costanti dal momento della loro rilevazione (ottobre 2007).

LISTE DI ATTESA IN RSA					
anno	maschi	%	femmine	%	totale
2006	310	23%	1.044	77%	1.354
2007	341	22%	1.194	78%	1.535
2008	400	26%	1.156	74%	1.556

## **ARTICOLAZIONE DELLA RETE D'OFFERTA SANITARIA E SOCIO SANITARIA**

### **STRUTTURE AREA SANITARIA**

#### **Presidi Ospedalieri**

<b>Schema riepilogativo media dei posti letto totali attivi strutture accreditate - anno 2007</b>		
<b>NOME PRESIDIO</b>	<b>P. LETTO ORDINARI</b>	<b>D.H./D.S.</b>
"Sacra Famiglia" Fatebenefratelli - Erba	172	23
Ospedale di Zona "Valduce" - Como	211	35
"Villa S. Benedetto" - Albese con Cassano	69	0
Istituto Clinico "Villa Aprica" - Como	137	10
Ospedale di zona "Moriggia Pelascini" - Gravedona	266	15
"Centro Ortopedico Fisioterapico" - Ramponio Verna	195	5
Casa di Cura "Villa San Giuseppe" - Anzano del Parco	58	5
<b>SUBTOTALE</b>	<b>1.108</b>	<b>93</b>
Az. Osp. "S. Anna" - Ospedale "F. Villa" Mariano C.se	60	22
Az. Osp. "S. Anna" - Ospedale di Cantù	133	13
Az. Osp. "S. Anna" - Ospedale di Menaggio	68	7
Az. Osp. "S. Anna" - Ospedale di Como "Sant'Anna"	475	99
<b>SUBTOTALE</b>	<b>736</b>	<b>141</b>
<b>POSTI LETTO TOTALI</b>	<b>1.844</b>	<b>234</b>

#### **Specialistica ambulatoriale**

<b>Strutture sanitarie accreditate a contratto</b>		
<b>Tipologia Struttura</b>	<b>Struttura</b>	<b>Denominazione Struttura</b>
<b>Poliamb. Privato</b>	Poliambulatorio	San Carlo – Olgiate C.
	Poliambulatorio	Centro Polispecialistico S. Nicolò - Como
	Poliambulatorio	San Paolo Radiologia - Bregnano
	Radiologia e Terapia Fisica	Studio di Radiologia e Ter. Fische CDC – Appiano G.
<b>Laboratorio Privato</b>	Laboratorio Analisi	Laboratorio Analisi "Le Betulle" – Appiano G.
	Laboratorio Analisi	Laboratorio Analisi "S. Paolo" – Lomazzo
	Laboratorio Analisi	Laboratorio Analisi Cliniche "Plinio" – Como
<b>Studio dentistico privato</b>	Odontoiatra	Studio Dentistico Dott. Ezio Freni – Orsenigo
	Odontoiatra	Dott. Fabrizio Petit & C. – Cantù
	Odontoiatra	Dott. Marcello Cornelio – Como
	Odontoiatra	Dott. Fabio Molteni – Como
	Odontoiatria	Amb. Odontoiatrico di Giudici Amalia – Mariano C.
<b>CMS</b>	Centro di Ass. e Valut. Med. Sportiva	Centro Medicina dello Sport – Eupilio
	Centro di Ass. e Valut. Med. Sportiva	Centro Medicina dello Sport – Rovellasca
	Centro di Ass. e Valut. Med. Sportiva	Med. Sport - Como

## INDICATORI DI OFFERTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

### Prestazioni di Ricovero Ordinari

La tabella riporta, in valori assoluti e in percentuale, l'attrazione esercitata dalle diverse tipologie di presidi ospedalieri nel triennio 2005-2007.

Si evidenzia un trend in crescita per le Case di Cura ed una lieve diminuzione per quanto riguarda i ricoveri presso l'Azienda Ospedaliera e gli Ospedali Classificati, comunque la percentuale di attrazione si mantiene pressoché costante (19,2%).

STRUTTURA	RICOVERI ORDINARI ACUTI											
	2005				2006				2007			
	ATTRAZIONE				ATTRAZIONE				ATTRAZIONE			
	ricoveri tot	fuori RL	IN RL	%	ricoveri tot	fuori RL	IN RL	%	ricoveri tot	fuori RL	IN RL	%
OSP. CLASSIF.	26.758	515	6.270	25,4%	25.559	449	5.972	25,1%	24.711	420	5.600	24,4%
CASE DI CURA	7.253	226	1.998	30,7%	7.698	292	2.219	32,6%	7.928	326	2.265	32,7%
AZ. OSPED.	32.018	552	2.768	10,4%	30.807	531	2.786	10,8%	28.310	498	2.585	10,9%
<b>TOTALE</b>	<b>66.029</b>	<b>1.293</b>	<b>11.036</b>	<b>18,7%</b>	<b>64.064</b>	<b>1.272</b>	<b>10.977</b>	<b>19,1%</b>	<b>69.949</b>	<b>1.244</b>	<b>10.450</b>	<b>19,2%</b>

### Riabilitazione

Come per i ricoveri ordinari il prospetto riporta l'attrazione esercitata dalle strutture comasche per questa tipologia di ricovero. La percentuale di attrazione si mantiene costante rispetto all'anno precedente, si riconferma che ciò è da ricondursi all'ampliamento dei posti letto di riabilitazione avvenuto in tutto il territorio lombardo con una migliore distribuzione dell'offerta.

STRUTTURA	RICOVERI RIABILITAZIONE											
	2005				2006				2007			
	ATTRAZIONE				ATTRAZIONE				ATTRAZIONE			
	ricoveri tot	fuori RL	in RL	%	ricoveri tot	fuori RL	IN RL	%	ricoveri tot	fuori RL	IN RL	%
<b>OSPEDALI CLASSIFICATI</b>	1.005	19	495	51,1%	1.427	18	664	47,8%	1.464	13	695	48,4%
<b>CASE DI CURA</b>	3.975	222	1.724	49,0%	4.085	164	1.659	44,6%	4.098	165	1.793	47,8%
<b>AZIENDA OSPEDALIERA</b>	359	9	59	18,9%	338	8	37	13,3%	932	21	109	13,9%
<b>TOTALE</b>	<b>5.339</b>	<b>250</b>	<b>2.278</b>	<b>47,3%</b>	<b>5.850</b>	<b>190</b>	<b>2.360</b>	<b>43,6%</b>	<b>6.494</b>	<b>199</b>	<b>2.597</b>	<b>43,1%</b>

### Prestazioni ambulatoriali

Come per le prestazioni di ricovero è stata effettuata un'analisi dell'attrazione per quanto concerne le prestazioni di specialistica ambulatoriale nel triennio 2005-2005.

ATTRAZIONE ATTIVITA' AMBULATORIALE RESIDENTI REGIONE LOMBARDIA										
	2005			2006			2007			
	Totale	Attraz in RL	% attraz	Totale	Attraz in RL	% attraz	Totale	Attraz in RL	% attraz	
ALTRE DISCIPLINE	2.101.515	198.519	9,4%	2.023.902	204.102	10,1%	1.803.372	191.566	10,6%	
LABORATORIO	4.244.130	327.242	7,7%	4.514.372	360.991	8,0%	4.678.039	388.430	8,3%	
PRONTO SOCCORSO	740.458	76.066	10,3%	734.665	77.665	10,6%	781.491	84.123	10,8%	
RADIOLOGIA	449.576	40.143	8,9%	439.998	41.339	9,4%	416.763	42.865	10,3%	
<b>TOTALE</b>	<b>7.535.679</b>	<b>641.970</b>	<b>8,5%</b>	<b>7.712.937</b>	<b>684.097</b>	<b>8,9%</b>	<b>7.679.665</b>	<b>706.984</b>	<b>9,2%</b>	

## Psichiatria

E' stata effettuata un'analisi dell'attrazione per i ricoveri in strutture di residenzialità psichiatrica nel triennio 2005-2007. Il trend evidenzia il mantenimento del fenomeno attrazione sia per le strutture pubbliche che per quelle private.

STRUTTURE	2005			2006			2007		
	Tot pazienti	Paz. extra ASL	% attrazione	tot pazienti	paz extra ASL	% attrazione	tot pazienti	paz extra ASL	% attrazione
<b>PUBBLICO</b>	236	4	1,69%	273	6	2,20%	293	11	3,75%
<b>PRIVATO</b>	151	75	49,67%	147	79	53,74%	137	77	55,20%

## STRUTTURE AREA SOCIO SANITARIA

Nel territorio dell'ASL della Provincia di Como sono presenti al 31.12.2008 le sotto elencate Unità d'offerta socio-sanitarie:

		STRUTTURE E PP.LL. ACCREDITATI 2008	STRUTTURE E PP.LL. AUTORIZZATI 2008
<b>RSA</b>	n. strutture <b>n. posti</b>	54 <b>4.206</b>	57 <b>4.585</b>
<b>CDI</b>	n. strutture <b>n. posti</b>	16 <b>358</b>	16 <b>358</b>
<b>RSD</b>	n. strutture <b>n. posti</b>	7 <b>234</b>	7 <b>234</b>
<b>HOSPICE</b>	n. strutture <b>n. posti</b>	2 <b>20</b>	2 <b>20</b>
<b>CDD</b>	n. strutture <b>n. posti</b>	14 <b>351</b>	14 <b>363</b>
<b>CSS</b>	n. strutture <b>n. posti</b>	9 <b>55</b>	9 <b>83</b>
<b>Enti ausiliari tossicodipendenze</b>	n. strutture <b>n. posti</b>	6 <b>134</b>	6 <b>143</b>

		STRUTTURE AUTORIZZATE/ ACCREDITATE	ACCREDITATE
<b>Consultori fam pubblici</b>	n. strutture	<b>9</b>	
<b>Consultori fam privati</b>	n. strutture	<b>2</b>	
<b>Istituti di Riabilitazione</b>	n. strutture	<b>4</b>	
<b>Pattanti ADI</b>	n. strutture		<b>17</b>
<b>SERT/NOA</b>	n. strutture		<b>6</b>
<b>Centri Adozione</b>	n. strutture		<b>3</b>

## INDICATORI DI OFFERTA DELLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

ANNO 2008 (previsione)	% di saturazione totale	% di attrazione
<b>Costi per prestazioni tariffate</b>		
RSA	97%	21%
RSD	93%	42%
CSS	51%	22%
CDD	72%	11%
RIA+IDR		29%
CDI	70%	6%
Hospice	80%	20%
Comunità tossicodipendenti	81%	93%

## AREA CURE PRIMARIE

### Medicina generale e pediatria di famiglia

Il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Famiglia (PDF) sono componenti essenziali della rete di servizi sanitari e sociosanitari della provincia, perché sono i primi interlocutori ai quali il cittadino rivolge per esporre il suo bisogno di salute ed ottenere le prestazioni sanitarie appropriate. Nel corso del 2007, nel territorio provinciale si sono costituiti due Gruppi di Cure Primarie per offrire al cittadino la possibilità di avere nel contesto della medicina territoriale un percorso completo di prevenzione, diagnosi, cura (compresa l'erogazione di prestazioni sanitarie multidisciplinari infermieristiche e specialistiche di 1° livello e riabilitative) e di continuità assistenziale, come già era previsto dal Progetto Quadro regionale "Sperimentazione di un modello organizzativo gestionale per i Gruppi di Cure Primarie in associazionismo evoluto ed integrato" (DGR n. VII/20467 del 07.02.2005) Da sempre l'ASL promuove la costituzione di forme associative mediche e pediatriche allo scopo di contenere il ricorso ad altri più costosi livelli di cura e di dare risposte flessibili alla domanda di salute e di benessere che nella popolazione cresce costantemente al crescere dell'informazione e della cultura sanitaria. In base al nuovo Accordo Regionale per i rapporti con la Medicina Generale l'ASL ha promosso ulteriori azioni per migliorare la rete d'offerta, ottenendo dai MMG associati l'attivazione di ore di ambulatorio il sabato mattina e/o l'ampliamento dell'orario di apertura dell'ambulatorio della sede unica per 7 ore al giorno dal lunedì al venerdì. Nel 2009 di concerto con le OO.SS. mediche, si è varato un progetto per far sì che il medico di Medicina Generale - quale case manager - valuti i bisogni e prenda in carico i propri pazienti che, indipendentemente dall'età, si trovino in condizione di particolare fragilità, sia al domicilio che in fase di dimissione.

La loro distribuzione sul territorio è illustrata nella tabella seguente:

Contesto e articolazione della rete di offerta						
		BRIANZA	CAMPIONE	COMO	MEDIO ALTO LARIO	SUD-OVEST
<b>Medici n. 393</b>		<b>131</b>	<b>2</b>	<b>105</b>	<b>40</b>	<b>115</b>
<b>Di cui associati in rete</b>		<b>62</b>	<b>-</b>	<b>49</b>	<b>5</b>	<b>28</b>
<b>Pediatri n. 62</b>		<b>24</b>	<b>-</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>21</b>
<b>Di cui associati in rete</b>		<b>7</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Popolazione Residente Iscritta n. 578.081</b>	<b>Adulti</b>	<b>165.329</b>	<b>1.922</b>	<b>126.609</b>	<b>47.573</b>	<b>154.231</b>
	<b>Minori</b>	<b>30.185</b>	<b>233</b>	<b>17.997</b>	<b>7.070</b>	<b>26.932</b>

### Continuità assistenziale

Il Servizio di Continuità Assistenziale opera tramite una rete di 15 postazioni e con un rapporto di 1/38.000 residenti tenendo conto delle variabili oro-geografiche e viabilistiche del territorio provinciale e della necessità di garantire l'assistenza medica notturna, prefestiva e festiva, anche al Distretto di Campione d'Italia, piccola enclave italiana in territorio svizzero.

Contesto e articolazione della rete di offerta					
	BRIANZA	CAMPIONE	COMO	MEDIO ALTO LARIO	SUD-OVEST
<b>Sedi n.15</b>	1.Cantù 2.Erba 3.Mariano	1.Campione	1.Cernobbio 2.Como 3.Pognana	1.Dongo 2.Menaggio 3.S.Fedele	1.Carbonate 2.Fino M. 3.Lomazzo 4.Lurate C. 5.Olgiate C.
<b>Medici n. 92</b>	21	5	22	15	29
<b>Residenti n. 578.081</b>	195.514	2.155	144.606	54.643	181.163

Allo scopo di migliorare l'accessibilità ai medici di guardia e di promuovere un uso appropriato del Servizio secondo la specifica area di competenza, si è attivata la Centrale Operativa per il coordinamento del Servizio

(COCA) su cui convogliare, tramite un numero telefonico unico (840.000.661), tutte le richieste di intervento in arrivo dal territorio provinciale.

La Centrale Operativa al cittadino offre il vantaggio di avere un colloquio diretto col medico di Continuità Assistenziale in ogni momento oppure di avere il trasferimento automatico della richiesta di soccorso alla Centrale S.S.U.Em. 118 senza dover ripetere dati personali e motivo della chiamata, nel caso che le sue condizioni rivestano i caratteri dell'emergenza.

Attualmente il Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale ha attivato una sperimentazione, a valenza annuale, per promuovere l'attività ambulatoriale nelle sedidistrettuali di Continuità Assistenziale, secondo fasce orarie delimitate al pomeriggio del sabato e al mattino della domenica e festivi, per accogliere e soddisfare il bisogno di salute di pazienti cronici o in condizione di fragilità o rappresentato da prestazioni indifferibili.

### **Assistenza protesica minore ed integrativa (diabetica)**

Le patologie croniche degenerative, a causa dell'innalzamento della vita media, sono in aumento esponenziale come si può rilevare dal seguente prospetto:

Tipologie presidi	Prevalenza assistiti 2006	Incidenza assistiti 2006	Spesa 2006	Prevalenza assistiti 2007	Incidenza assistiti 2007	Spesa 2007	Previsione prevalenza 2008	Previsione incidenza 2008	Previsione Spesa 2008
Assorbenza	6.537	2.035	1.596.139	7.547	2.036	1.689.915	8.200	2.100	1.733.000
Cateteri	1.104	287	543.004	1.085	231	541.976	1.100	300	575.000
Stomie	657	202	665.143	687	217	685.368	730	220	708.000
Diabete	16.914	2.518	5.497.820	17.489	2.363	5.359.532	18.400	2.450	5.650.000

Ciò comporta un notevole incremento dell'erogazione di ausili e presidi dedicati.

Nel 2009 l'ASL perseguirà due obiettivi prioritari:

A) Promozione di una più appropriata prescrizione degli ausili.

B) Modalità erogative che salvaguardino il bisogno dell'assistito pure utilizzando in modo razionale le risorse disponibili.

### **Protesica**

Nel corso del 2009 il Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale avvalendosi dell'Ufficio Protesi Centrale intende continuare ed implementare le azioni già poste in essere nel 2008. Pertanto con una puntuale ed approfondita elaborazione della spesa mensile e relativo benchmarking trimestrale si monitoreranno i comportamenti di tutti gli attori coinvolti nel processo prescrittivo, autorizzativo ed erogativo di protesi e presidi. Si ritiene fondamentale, per agire in un ottica di governo della spesa basata sull'efficacia delle prestazioni, una continua formazione ed aggiornamento del personale coinvolto in queste procedure.

Quindi il Dipartimento Cure Primarie interagendo con le altre articolazioni aziendali coinvolte nei processi riabilitativi e assistenziali organizzerà momenti di formazione e confronto per ampliare le conoscenze sulle normative di riferimento, questo anche alla luce delle nuove direttive inserite nei LEA che entreranno in vigore appena saranno stabiliti i nuovi tariffari di riferimento. Fruitore di tali momenti formativi saranno sia il personale afferente ai servizi distrettuali sia tutti i Medici di Medicina Generale che avranno un ruolo di induttore di spesa sempre più marcato.

### **Farmacie**

In provincia di Como si contano **153 Farmacie territoriali**.

Nel corso del 2008 il numero delle farmacie territoriali è incrementato da 150 a 153, con n. 2 farmacie in più nell'area del Distretto MAL e n. 1 farmacia nell'area del Distretto Sud Ovest, andando così a migliorare l'accessibilità dell'utenza in queste due zone territorialmente "difficili". Inoltre sul territorio dell'ASL della Provincia di Como sono presenti, a supporto dell'Assistenza Farmaceutica, n. 18 Dispensari Farmaceutici.

Sono state inoltre aperte parafarmacie e corner parafarmaceutici nei maggiori ipermercati provinciali.

Distretto	Farmacie
Brianza	<b>46</b>
Como	<b>46</b>
MAL	<b>20</b>
Sud Ovest	<b>40</b>
Campione d'Italia	<b>1</b>
Totale	<b>153</b>

## SECONDA PARTE

### ATTIVITA' PROGRAMMATORIE 2009

#### Assegnazione budget 2009 – ASL della Provincia di Como

Le assegnazioni dal 2006 al 2009 come finanziamenti di parte corrente, calcolate dal 2006 al 2008 sulla base della popolazione assistita e di variabili territoriali, dal 2009 sulla base dei costi standard territoriali.

Anno	2006	2007	2008	2009
<b>Importo (euro/1.000)</b>	<b>589.194</b>	<b>612.841</b>	<b>624.994</b>	<b>632.779</b>

#### Assorbimento di risorse per livelli di assistenza

Di seguito sono riportati i dati relativi alle percentuali di assorbimento delle risorse economiche sanitarie e socio-sanitarie dell'ASL sui tre livelli di assistenza previsti dal DPCM del 29 novembre 2001:

(valori in migliaia di Euro)

Assorbimento risorse per Livelli di Assistenza				
	Modello LA 2007	% 2007	andamento % 2008 *	Obiettivo Regione 2009
<b>1 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</b>	<b>34.949</b>	<b>4,92%</b>	<b>5,03%</b>	<b>5,50%</b>
<b>2 - Assistenza distrettuale</b>	<b>398.403</b>	<b>56,07%</b>	<b>56,34%</b>	<b>almeno 51%</b>
<b>3 - Assistenza ospedaliera</b>	<b>277.217</b>	<b>39,01%</b>	<b>38,63%</b>	<b>fino al 43,50%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>710.569</b>			

\* Comprende i costi relativi a progetti finanziati nell'anno 2008 dalla Regione per attività di prevenzione medica e funzioni non tariffate dei servizi veterinari che, come da indicazioni regionali, devono essere registrati nell'esercizio in cui viene erogato il finanziamento.

L'ASL pone un costante impegno per migliorare di anno in anno il suo posizionamento rispetto alle percentuali indicate dalla Regione; le evidenze mostrano un dato tendenzialmente in linea con l'obiettivo regionale e si evidenzia un lieve miglioramento riscontrabile anche sull'anno 2008.

In particolare si evidenzia relativamente al livello 1 (assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro), l'impegno dell'ASL in attività di prevenzione; in particolare è da segnalare la completa implementazione degli screening oncologici con un incremento significativo di impegno di risorse economiche (incremento 2007/2006 del 37%: 385.000 € nel 2006; 529.000 € nel 2007).

Peraltro si osserva che gli importi assoluti dell'assistenza distrettuale ed ospedaliera hanno un peso di gran lunga superiore e quindi anche una piccola variazione in aumento su questi livelli comporta una riduzione della percentuale del livello dell'area prevenzione.

## **AREA QUALITA' ORGANIZZATIVA**

### **Codice Etico Comportamentale**

Prosegue nell'anno 2009 l'aggiornamento del Modello Organizzativo sulla base dell'attività di Internal Auditing pianificata dal Comitato di valutazione e delle periodiche verifiche del Gruppo di lavoro aziendale sull'efficacia delle procedure adottate dalle strutture/funzioni aziendali per lo svolgimento delle attività considerate a rischio. Permane l'obiettivo di prevenire ed impedire la commissione dei reati contemplati dal D.Lgs. 231/2001 e rispettare i valori enunciati nel Codice Etico adottato dall'Azienda.

### **Joint Commission International**

Il Progetto regionale JCI 2° triennio 2008-2010 prevede di consolidare e sviluppare il precedente programma di valutazione delle Aziende sanitarie, al fine di raggiungere migliori performance qualitative. Nel corso del 2009 verranno applicati gli standard regionali revisionati e aggiornati rispetto al triennio precedente e misurato l'adeguamento ai processi organizzativi aziendali, attraverso successive auto valutazioni.

### **Risk management**

La strategia generale che l'Azienda persegue in materia si confronta costantemente con una gestione dei peculiari rischi connessi ai compiti istituzionali di un'Azienda Sanitaria con prevalenti funzioni di programmazione, vigilanza e controllo sull'erogazione di prestazioni sanitarie rese per lo più da soggetti terzi.

### **Implementazione dei progetti operativi annuali**

Il coordinamento delle attività di Risk Management operato dalla Direzione Generale Sanità regionale per l'anno 2008 ha visto l'indicazione di peculiari filoni di attività territoriale scaturiti dal confronto fra gli operatori.

Sulla scorta delle predette indicazioni, che saranno certamente ribadite ed implementate per il 2009, l'elaborazione del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio sarà volta a progettualità specifiche connesse a profili di natura territoriale sanitaria, tecnica, amministrativa o generale. Secondo le tecniche di analisi che caratterizzano anche le attività aziendali di valutazione dei rischi per la sicurezza, di analisi organizzativa per l'applicazione del Codice Etico-Comportamentale, di applicazione degli standard JCI, la progettazione sarà improntata ad un approccio all'attività per processi, nonché al coordinamento con ogni funzione di internal auditing operante nell'organizzazione.

### **Monitoraggio dei rischi RCT/O e mappatura del contenzioso**

Proseguiranno, secondo le modalità indicate dalla Regione, il censimento ed i raffronti della sinistrosità aziendale (report regionale Azienda / media ASL della Regione Lombardia) e sarà oggetto di particolare attenzione, da parte del Comitato Valutazione Sinistri, quell'area di contenzioso che afferisce alle attività sanitarie degli erogatori accreditati o convenzionati, che sempre più tende a coinvolgere le Aziende Sanitarie Locali.

### **Monitoraggio delle cadute e degli infortuni**

Il recupero dei dati infortunistici dal 2005 ad oggi evidenzia un *trend* aziendale discendente, non registrando invece cadute di pazienti o visitatori.

Per l'anno 2009 si prevede la prosecuzione del monitoraggio con *data base* regionale, con attenzione ad eventuali eventi significativi ed adozione di relative misure di contrasto, oltre all'attuazione di iniziative formative specifiche legate a necessità che emergano nel corso dell'attività di risk management o di analisi dei rischi organizzativi ai sensi del D. Lgs. n. 81/08 (T.U. in materia di sicurezza sul lavoro).

### **Consenso informato**

Dopo lo sviluppo, nel 2008, di una fase formativa specifica, prodromica all'effettuazione degli audit sul consenso informato con la check-list elaborata dal gruppo di lavoro regionale, si proseguirà nell'anno 2009 con l'applicazione della medesima, estesa a nuove aree aziendali, per la verifica di una corretta acquisizione del consenso da parte del paziente, in chiave sia di prevenzione del possibile contenzioso legale sia di maggior tutela dei diritti del cittadino-utente.

### **Monitoraggio ed analisi degli eventi avversi – progetto SIMES**

L'adempimento dell'ASL – a partire dal Gennaio 2009 - riguarderà i soli Eventi Sentinella (definiti come eventi avversi di particolare gravità, indicativi di un serio malfunzionamento del sistema, che causano morte o gravi

danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario), le cui segnalazioni saranno direttamente inserite e gestite nel Sistema di Gestione degli Accessi del relativo portale ministeriale.

Si è pertanto provveduto ad attivare la necessaria registrazione dell'Ente e ad identificare, quale organismo che può garantire un corretto espletamento dei suddetti adempimenti, il Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio, che - ove se ne verificano i presupposti - assolverà con competenza collegiale e multidisciplinare agli adempimenti previsti.

### **Rischio strutturale e tecnologico**

Prevedendo la Regione, nell'anno 2009, una maggior estensione dell'attività di gestione del rischio all'area tecnica, con l'analisi dettagliata di alcune aree funzionali aziendali di maggior criticità, si opererà secondo le indicazioni specifiche che saranno elaborate per le Aziende Sanitarie Locali.

Il Gruppo di Coordinamento racchiude peraltro, nella sua composizione, tutte le funzioni aziendali maggiormente coinvolte da tale ambito di operatività e, più precisamente, l'U.O. Attività Tecnico-Patrimoniali, l'U.O. Impiantistica ed il Servizio di Prevenzione e Protezione

## **ACQUISTI DI BENI E SERVIZI**

L'ASL si atterrà nei processi di acquisti di beni e servizi ai principi di qualità delle prestazioni, economicità, efficacia, tempestività e correttezza, libera concorrenza, parità di trattamento e non discriminazione, nonché trasparenza, proporzionalità e pubblicità, rispettosi della normativa comunitaria, regionale e regolamentare in materia. Particolare riguardo verrà posto nella predisposizione dei capitolati di gara laddove possibile agli aspetti ambientali (quali ad es. la riduzione degli imballaggi nelle forniture pur garantendo il rispetto della normativa vigente e la sicurezza dei prodotti) al fine di ridurre l'impatto ambientale.

Con deliberazione del Direttore Generale, è stata approvata la programmazione delle gare per l'affidamento di forniture e servizi da effettuare nel corso dell'anno 2009.

Anche per l'anno 2009, secondo le linee di indirizzo regionali degli anni 2007 e 2008, l'ASL in materia di acquisto di beni e servizi privilegerà forme di acquisto consorziate con altre aziende sanitarie della Regione. Al riguardo con deliberazione n. 528 del 6.11.2008 l'Azienda ha rinnovato per il biennio 2009-2010 accordo con le Aziende Sanitarie Locali delle Province di Bergamo, Lecco, Milano 3 Monza, Varese, Mantova e Sondrio per l'acquisto di beni e servizi in forma consorziata. Le finalità di tale accordo sono quelle di ottenere riduzione dei costi attraverso un maggiore potere contrattuale nei confronti dei fornitori; una semplificazione dei processi di approvvigionamento; uno snellimento delle procedure di acquisto; una razionalizzazione delle procedure di spesa.

Per l'anno 2009 si farà inoltre nuovamente ricorso all'utilizzo di strumenti informatici e delle funzionalità rese disponibili dalla piattaforma regionale SINTEL, attiva dal 2008. Obiettivo dell'ASL in tale campo è quello di incrementare il numero e la tipologia delle procedure di gara attraverso la piattaforma regionale.

Sempre nel settore degli appalti di beni e servizi, secondo le attuali disposizioni di legge (art. 26 legge 23 dicembre 1999 n. 488), l'ASL, prima di procedere alla indizione di ciascuna procedura di gara, verificherà se siano o meno attive convenzioni stipulate da CONSIP SPA; in caso di esito positivo, ove sussistano ragioni di convenienza, procederà ad aderire a tali convenzioni; ove viceversa le condizioni ivi previste non dovessero risultare soddisfacenti sotto l'aspetto anche economico, procederà alla indizione di autonoma gara.

L'ASL aderirà alle iniziative promosse dalla Regione tramite la centrale acquisti, per la fornitura di beni e servizi, secondo quanto prevede l'art. 1 c. 455 della legge 27 dicembre 2006 n. 296, ai sensi delle indicazioni previste nell'allegato 3 della citata DGR n. 8501 del 26.11.2008.

Infine in materia di verifica e di monitoraggio verranno inviati entro le scadenze indicate dalla Regione, i flussi informativi utili agli Osservatori (Osservatorio Acquisti, Osservatorio Gare e Osservatorio Regionale Prezzi e Tecnologie) per le finalità di controllo della spesa e di benchmarking.

## **AREA ORGANIZZAZIONE E PERSONALE**

Giova premettere al riguardo che il funzionamento dell'ASL nell'anno 2008 è stato assicurato da un numero di dipendenti pari a n. 616,70 ( ricondotto ad unità intera).

### **Programmazione assunzioni**

La programmazione delle assunzioni relativamente al triennio 2009/2011 non può essere analizzata senza considerare che la programmazione triennale 2008/2010 da parte della competente Giunta Regionale, a suo tempo formalizzata con deliberazione del Direttore Generale n. 300 del 12 giugno 2008, deve essere ancora approvata. Tale circostanza porta evidentemente ad elaborare – tenuto conto dello scivolamento temporale così determinato – una pianificazione solo in riferimento all'anno 2011, ritenendo invece di confermare, per gli anni 2009 e 2010, le determinazioni già assunte.

Per quanto concerne in particolare il piano assunzioni 2009, potrà anch'esso essere attuato solo dopo l'approvazione regionale, ed in ogni caso ad avvenuta, completa, realizzazione del precedente piano 2008, così come espressamente disposto da Regione Lombardia in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2009 di cui alla DGR n. VIII/008501 del 26 novembre 2008.

In estrema sintesi, l'attuazione del piano 2008 precede e condiziona il piano 2009 e ne costituisce il presupposto applicativo.

In ogni caso, l'Azienda dovrà inoltre tenere conto, nella programmazione dei fabbisogni nel triennio 2009/2011 e delle assunzioni per l'anno 2009, degli indicatori di efficienza, efficacia ed economicità secondo le indicazioni che verranno fornite dalla stessa Regione Lombardia.

Gli indicatori, alimentati dai flussi informativi aziendali, saranno acquisiti e valutati dalla Regione, che provvederà a restituirne le risultanze entro il 31 marzo 2009.

Tenuto conto del descritto contesto, l'ASL dovrà comunque affrontare, seppure sempre nei limiti della compatibilità economica, anche il turn over fisiologico, nonché le eventuali necessità riferite alla sostituzione delle figure cosiddette infungibili.

### **SVILUPPO RISORSE UMANE**

L'ASL prosegue le sue attività per realizzare pienamente in azienda il Modello dello sviluppo delle competenze.

Pertanto la finalità di creare ed attuare un sistema integrato di strumenti gestionali nello sviluppo delle risorse umane trova per l'anno 2009 applicazione concreta nel raggiungimento dei seguenti obiettivi:

#### **Job Descriptions**

Per il 2009 è previsto il passaggio da una scheda job description descrittiva ad una di ruolo, cioè ad assegnare ad ogni dipendente una scheda con l'elenco delle competenze tecnico-professionali e gestionali richieste per il ruolo ricoperto. L'approvazione regionale del nuovo POA è lo stimolo per rivedere interamente il processo.

#### **Sistema Informativo Integrato**

- realizzazione un data base a supporto degli strumenti di gestione delle risorse umane già utilizzati in Azienda: job description, sistema di valutazione e sistema premiante. L'utilizzazione degli strumenti gestionali in diversi ambiti organizzativi dell'Azienda ha fatto sorgere la necessità di uno strumento informativo che permette una integrazione e una comunicazione dei dati già in possesso all'Azienda per costruire report di analisi a supporto della gestione delle risorse umane. Attualmente la realizzazione del data base permette di avere queste informazioni per ogni singolo dipendente:
- sezione anagrafica che riporta la posizione organizzativa e professionale ricoperta in Azienda;
- elenco dei valutatori aziendali correlato con l'organigramma aziendale;
- compiti e responsabilità assegnate al dipendente (job description) a partire dal 2005;
- esiti della scheda di valutazione annuale con evidenza del giudizio annuale per ogni dipendente a partire dai dati del 2006;
- corsi di formazione (residenziale, fsc, extra-sede, fad) svolti ed acquisizione dei crediti formativi richiesti;
- grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati a partire dai dati del 2006.

Un data base con queste informazioni permette all'Azienda di organizzare tabelle, confronti e reportistiche al fine di:

- un confronto storico delle valutazioni attuate;
- un profilo storico del dipendente con competenze possedute, valutazione ricevute, percorsi formativi;

- definire il valore delle competenze (strategiche, rilevanti, obsolete, ecc.) rispetto ai ruoli organizzativi e professionali ricoperti;
- effettuare con obiettività e dati oggettivi le valutazioni degli incarichi professionali e gestionali dei dirigenti.

### **Sistema di valutazione**

Nel 2008 l'ASL ha elaborato per l'area del comparto una nuova scheda di valutazione maggiormente in linea con l'applicazione del modello delle competenze. Infatti è stato utilizzato il concetto di misurazione e valutazione delle competenze tecnico/professionali e gestionali/relazionali richieste per svolgere i compiti assegnati. La scheda prevede un processo interamente informatizzato, che facilita il valutatore e l'Azienda per la costruzione di report di analisi. La scheda verrà utilizzata per la valutazione dell'area del comparto per l'anno 2009.

Per l'area della dirigenza (medica, sanitaria non medica e tecnico-amministrativa) si procederà ad una revisione della scheda attuale in modo da realizzare una maggior adesione del sistema di valutazione alle normative previste dai nuovi contratti collettivi nazionali appena approvati. La nuova scheda di valutazione per l'area dirigenziale prevede di dare nel processo una maggior enfattizzazione all'assegnazione di obiettivi specifici ai dirigenti da parte dell'Azienda.

### **Formazione**

La struttura formativa aziendale, provider per l'accreditamento con il sistema ECM/CPD di Regione Lombardia, ha attivato il processo di definizione del Piano formativo 2009 che verrà completato entro il 27/02/2009 così come previsto dalle Regole regionali. E' previsto un significativo coinvolgimento delle Strutture aziendali per la più ampia rappresentatività delle professioni sanitarie, coinvolte anche in funzione dell'acquisizione dei crediti formativi ECM, sia dell'Area amministrativa tecnica impegnata ad assicurare il supporto alle attività erogate e a quelle previste dal ruolo di Programmazione acquisto e controllo delle ASL lombarde. Il Piano avrà quindi una dimensione di mantenimento e sviluppo delle competenze tecnico-professionali, un compito di assicurare le capacità manageriali dei dirigenti e le più puntuali interpretazioni dei ruoli previsti col nuovo piano di organizzazione aziendale, recependo anche le nuove istanze presenti nelle Regole regionali 2009, negli obiettivi annuali delle ASL e del documento di programmazione e coordinamento delle attività sanitarie e socio sanitarie. Vengono peraltro valorizzate funzioni di supporto al ruolo di governance di sistema con iniziative condivise su tavoli interaziendali con erogatori, rappresentanti di MMG/PDF, ordine dei medici, iniziative dedicate contemporaneamente ai diversi soggetti operanti in sinergia di finalità e ruolo sul territorio. Inoltre per il primo anno viene accreditato con il sistema ECM/CPD di Regione Lombardia tutto il piano di formazione 2009 per i MMG e PDF, rafforzando il collegamento del piano stesso con la politica sanitaria regionale.

## **ATTIVITA' DI COMUNICAZIONE**

L'ASL, in sintonia con il Piano di Comunicazione Aziendale 2008-2010 e con le Strategie di Comunicazione della Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia, prevede per il 2009 la realizzazione di due progetti:

- costruzione di un sistema di comunicazione integrato, sinergico e coordinato con gli altri Enti e Associazioni del territorio che consenta il miglioramento del clima di fiducia con il cittadino-utente e dell'immagine aziendale percepita;
- prosecuzione della valorizzazione dell'obiettivo strategico della Regione Lombardia di comunicare il modello e il sistema di welfare lombardo, basato sul federalismo sanitario solidale, per favorire la conoscenza delle attività e dei servizi erogati mediante un'informazione il più possibile tempestiva e capillare.

### **Attività previste 2009:**

- Implementazione attraverso i media delle attività per la promozione dei servizi offerti: in logica di comunicazione integrata, rafforzare la presenza sui media, promuovendo la diffusione e la promozione sui circuiti media di notizie relative all'ASL della Provincia di Como in modalità coordinata ed integrata.
- Organizzazione e partecipazione a Fiere: promuovere l'immagine dell'ASL della Provincia di Como partecipando a fiere nazionali, regionali e locali per il grande pubblico, in sinergia con altri enti di volta in volta coinvolti.
- Diffusione della conoscenza sui rischi e sulla sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro: Informare, promuovere, diffondere e condividere la conoscenza dei rischi derivanti da amianto, fibre minerali artificiali, prodotti fitosanitari ecc. in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione.
- Attività di promozione della salute: informare, promuovere, diffondere e condividere progetti sullo stato di salute, sui comportamenti e sugli stili di vita della popolazione, supportando le azioni pianificate dai Dipartimenti.

## **AREA CURE PRIMARIE**

### **Continuità delle cure e integrazione ospedale e territorio**

La patologia cronica degenerativa, a causa dell'innalzamento della vita media è in aumento esponenziale per cui si rende necessario sviluppare una reale integrazione ospedale – territorio per favorire una gestione integrata ed omogenea di queste forme in campo preventivo diagnostico e terapeutico. Per alcune patologie croniche a forte prevalenza come il diabete, l'ipertensione, la bronco-pneumopatia cronica ostruttiva sono stati elaborati PDTA condivisi che rappresentano uno degli strumenti per favorire un approccio diagnostico terapeutico integrato alla patologia.

La continuità delle cure si deve affidare comunque anche ad altri strumenti che abbiano come obiettivo di migliorare la qualità di fruizione dei servizi da parte del cittadino e la piena soddisfazione dei suoi bisogni, pur prestando attenzione alla razionalizzare delle risorse.

Azioni che possono essere sviluppate ed implementate nel 2009 per migliorare la continuità assistenziale:

1. migliorare l'accessibilità per il Medico di Medicina Generale ai report clinici con utilizzo di canali di comunicazione già attivi (Sistema CRS-SISS), con integrazione diretta dei dati clinici direttamente nelle cartelle cliniche degli MMG-PDF;
2. implementare l'istituto della "dimissione protetta";
3. implementare l'accesso del MMG – PDF nei reparti ospedalieri per una condivisione con gli specialisti dell'iter terapeutico – riabilitativo post ricovero;
4. elaborare ulteriori PDTA per patologie a forte prevalenza;
5. inserimento di specialisti per prestazioni di primo livello presso le sedi uniche delle forme di associazionismo evoluto di medicina generale;
6. attivazione di Commissioni paritetiche Ospedale – territorio, coordinate dall'ASL che governino le criticità di relazione tra le due realtà.

### **Integrazione Ospedale/Territorio**

L'ASL di Como, anche sulla base di indicazioni regionali che perverranno successivamente con nota esplicativa, si riserva di articolare un progetto nell'ottica di realizzare una più forte integrazione tra la medicina e o pediatria territoriale e le strutture specialistiche ospedaliere su una tra le patologie croniche a maggiore impatto socioeconomico. A tale scopo si reputa funzionale coinvolgere soprattutto MMG/PDF già aggregati in forme associative più o meno evolute che hanno meno difficoltà ad erogare direttamente prestazioni diagnostiche di primo livello. La progettualità potrebbe interessare l'area psichiatrica o l'area cardiocerebrovascolare.

### **Piano CCV**

#### **Controllo dei soggetti ad alto rischio CCV-Epidemiologia e contesto**

Anche nella nostra Azienda la malattia cardio cerebro vascolare (CCV) rappresenta la prima causa di morbilità e mortalità ed è responsabile del 37,33% della mortalità totale.

Rilevazioni effettuate tramite la Banca Dati Assistito testimoniano che oltre 70.000 residenti in provincia di Como risultano affetti da cardiovasculopatia, con una prevalenza pari al 15% circa della popolazione totale, dato che è in linea con la realtà nazionale in cui tale patologia assorbe il 23% del Fondo Sanitario Nazionale. Dal dicembre 2005 l'ASL di Como ha aderito alla progettualità della Regione Lombardia per l'effettuazione di uno screening su tale patologia che interessa una popolazione target compresa tra i 40 e 69 anni (n. 223.000 circa utenti nell'ASL di Como) eleggendo il medico di Medicina Generale quale unico interlocutore e interfaccia ideale sul territorio per attuare su propri assistibili interventi di educazione sanitaria e di prevenzione, atti a promuovere l'adozione di stili corretti di vita o ad eliminare fattori di rischio. Ben 107 medici di medicina generale sono stati coinvolti nello screening. Il progetto prevede la somministrazione della carta del rischio CCV a soggetti d'età tra 40 e 69 anni, indenni da patologie cardiocerebrovascolari acute ma esposti a fattori di rischio e permette di valutare con buona approssimazione la probabilità che ha un soggetto a rischio di contrarre un evento cardiocerebrovascolare acuto nei dieci anni successivi alla somministrazione della carta stessa. Al momento attuale risultano già screenati n. 16.755 soggetti pari al 7,52% della popolazione target.

Dalla rilevazione emerge che circa il 10% dei pazienti arruolati appartiene alle classi di rischio medio alto MCV IV (15% - <20%), MCV V (20% - <30%), MCV VI (30% e oltre), cioè a quei soggetti che, nei dieci

anni successivi alla somministrazione della carta del rischio CCV presentano un rischio medio - alto di ammalarsi di tale patologia.

Nel 2009 i medici di medicina generale aderenti al progetto attiveranno dei percorsi personalizzati e dedicati a favore di questi pazienti, con il supporto del Servizio di Medicina dello Sport e Lotta al Doping e dell'U.O. Dietetica Nutrizionale per promuovere un'attività fisica appropriata e per una corretta alimentazione..

Al momento tali percorsi sono già attivi presso i due Gruppi di Cure Primarie a cui afferiscono n. 13 medici di medicina generale, ma progressivamente tutti i medici, specialmente se associati, saranno coinvolti su base volontaria.

Si chiederà infine ai medici di medicina generale coinvolti nel progetto, con giugno 2010, un'ultima somministrazione della carta del rischio CCV agli stessi pazienti arruolati e sottoposti ad interventi di prevenzione primaria e secondaria, per valutare l'effettiva contrazione del rischio CCV nella popolazione di riferimento oggetto della sperimentazione.

Lo Staff Sistemi Informativi elaborerà i report inviati dai medici di medicina generale che saranno socializzati e presentati dall'Azienda ai medici di medicina generale a livello distrettuale per una conoscenza puntuale delle risultanze del progetto per specifiche aree territoriali.

Da tali incontri ci si attende che emergano proposte di ulteriori azioni ed interventi mirati a contenere l'instaurarsi dell'evento patologico acuto CCV.

Gli esiti del progetto aziendale saranno estesi ai vari stakeholders presenti sul territorio distrettuale per la condivisione di ulteriori interventi ed azioni su una patologia ad altissima valenza clinica e sociale.

### **Area urgenza emergenza**

Il Servizio di Continuità Assistenziale è competente ad intervenire per prestazioni mediche non differibili e su casi classificabili con codice di triage di colore verde e bianco.

I medici del Servizio, che non dispongono di una formazione anestesiologicala o specialistica orientata all'urgenza, dispongono degli stessi strumenti di base del medico di medicina generale e ne continuano l'opera nelle fasce orarie in cui il medico di famiglia non è reperibile in base a quanto stabilisce l'ACN di categoria vigente. Poiché però il medico di Continuità Assistenziale può trovarsi, per una serie di motivi ben comprensibili, sia in ambito domiciliare che in ambulatorio, a dover fronteggiare situazioni critiche in attesa dell'arrivo del S.S.U.Em. 118, il Dipartimento Cure Primarie, compatibilmente con le risorse disponibili, nel corso del 2009 cercherà di promuovere l'attivazione del servizio di teleconsulto cardiologico e la disponibilità di defibrillatori nelle sedi di Continuità Assistenziale.

## **GOVERNO CLINICO TERRITORIALE E DOTE SANITARIA**

### **Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)**

La letteratura scientifica riconosce che omogeneizzare l'approccio diagnostico terapeutico e riabilitativo alle patologie di maggior rilievo, per mezzo di un PDTA, permette di assicurare pari opportunità e di migliorare la qualità delle cure con risposte più mirate ai bisogni di salute dell'utente, nonché di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili.

Nel 2009 si intende costruire un PDTA per i pazienti in terapia anticoagulante orale (TAO), perchè vi è un forte incremento dei pazienti in TAO che restano in cura per periodi sempre più prolungati. E' anche sintomatico che la prima sperimentazione di un budget pre-assegnato ai MMG (cap. 9 DGR 8501 del 26.11.2008) finalizzata alla gestione di pazienti cronici riguarda utenti quali i diabetici, ipertesi ed in TAO.

Il PDTA può contribuire a prefigurare infatti costi standard che faciliteranno l'assegnazione di un "budget/dote" al MMG e che renderanno più agevole da parte dell'ASL la verifica della completezza del percorso per patologia e dell'appropriatezza dell'utilizzo della "dote";

I Sistemi Informativi aziendali hanno sviluppato uno strumento che permette il monitoraggio dei PDTA già condivisi con la medicina territoriale e le strutture specialistiche, attraverso l'utilizzo sistematico della Banca Dati Assistiti (BDA).

L'utilizzo della BDA permette il perseguimento di n. 2 obiettivi di valenza:

1. verifica della reale adesione degli attori coinvolti al percorso con l'evidenza degli scostamenti tra l'iter che il paziente effettivamente segue e quello delineato;
2. rilievo delle eventuali criticità nell'attuazione del percorso con l'istituzione della necessarie azioni per omogeneizzare i comportamenti diagnostico – terapeutici rispetto all'evento patologia.

La BDA quindi permette di seguire l'iter che segue il paziente affetto da patologia cronica, se lo stesso è soddisfatto nei suoi bisogni di salute e se gli vengono assicurati comunque i livelli essenziali di assistenza.

## PIANI REGIONALI DI SETTORE E DI SVILUPPO

### Progetto integrato: Il follow-up del paziente oncologico

Nell'ambito delle iniziative atte a favorire l'integrazione ospedale-territorio il Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale dell'ASL, di concerto con il Dipartimento provinciale di Prevenzione Oncologica (DIPO), ha invitato un consistente gruppo di medici di medicina generale a partecipare al progetto "Il follow-up del paziente oncologico in un'ottica di integrazione tra medico di medicina generale e specialista ospedaliero", che si inserisce tra i progetti integrati d'interesse regionale per l'anno 2009 ed ha organizzato un evento formativo per illustrare ai partecipanti le linee guida scientifiche di riferimento e, lo strumento informatico indispensabile per la gestione integrata dei pazienti oncologici.

Il progetto innovativo, che vede la partecipazione dell'ASL di Como, dell'ASL di Sondrio e dell'ASL di Lecco (Capofila), prevede che i medici di medicina generale siano coinvolti attivamente nella Rete Oncologica Lombarda (ROL) ed effettuino il follow-up di pazienti selezionati, affetti da ca del colon-retto, ca della mammella o  $\gamma$ -patie monoclonali, in stretta collaborazione con gli specialisti ospedalieri del DIPO, utilizzando una piattaforma informatica comune e condivisa, come interfaccia accessibile solo ai professionisti dotati di particolari credenziali.

Tale strumento realizzato dai Sistemi Informativi dell'ASL, permetterà agli oncologi e ai medici di medicina generale di scambiarsi, in ambito informatico protetto e sicuro, informazioni e dati clinici utili alla cura dei pazienti affetti da tumore, reclutati secondo linee guida condivise.

## PROGRAMMI DI SVILUPPO DI SETTORE

### Nutrizione artificiale

Il costo di gestione della nutrizione artificiale per quanto riguarda la spesa totale e la spesa procapite totale annua ha subito un incremento tra il 2006 ed il 2007 rispettivamente del 32% e del 39% seguito da un'inversione di tendenza significativa tra il 2007 ed il 2008 rispettivamente del -129% e -135% nonostante un aumento rilevante del numero di pazienti in carico all'ASL negli anni considerati.

NUTRIZIONE ENTERALE E PARENTERALE - SERVIZIO DI ASSISTENZA FARMACEUTICA					
	anno 2006	anno 2007	proiezioni al 31/12/08	% di scostamento 2007-2006	% di scostamento 2008-2007
numero di pz. totali	440	463	481	5,2%	3,9%
spesa (euro)	1.050.000	1.540.000	670.000	32%	-129%
spesa procapite (euro)	2.390	3.330	1.400	39%	-135%

Tale risparmio e' il risultato del passaggio a partire dal dicembre 2007 da una gestione esternalizzata del servizio di nutrizione enterale, ad una nuova procedura che ha previsto l'erogazione diretta all'utente dei prodotti nutrizionali da parte dell'ASL mediante l'istituzione di un magazzino centralizzato presso il Servizio di Assistenza Farmaceutica e di un servizio di consegne organizzato a livello distrettuale e/o a livello domiciliare anche in parte attraverso personale dell'ASL stessa. Anche per l'anno 2009 si prevede di mantenere l'attuale procedura in essere al fine di confermare il trend di contenimento della spesa sopra evidenziato.

### HPH

L'ASL della provincia di Como, con deliberazione n. 298 del 12 giugno 2008 ha aderito alla rete regionale lombarda degli "Ospedali e Servizi Sanitari per la promozione della salute (HPH)" con l'intento di sviluppare e divulgare esempi di "buona pratica", clinica e organizzativa, che traducano nella realtà i principi di promozione della salute. Tale obiettivo va realizzato anche attraverso la cooperazione, il coordinamento e lo scambio di esperienze tra le strutture ospedaliere e le altre strutture territoriali. In proposito con deliberazione n. 587 del 11.12.2008 è stato istituito l'Ufficio di coordinamento per la promozione della salute mentale (MHPH) della provincia di Como che dovrà favorire l'integrazione tra professionisti di Aziende Ospedaliere del territorio lombardo, dell'ASL, enti locali, associazioni degli utenti e familiari, culturali, di volontariato, organismi del privato e privato sociale nell'area della promozione della salute mentale.

## PIANO INTEGRATO PER LE ATTIVITÀ DI PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E CONTROLLO

### Analisi del contesto epidemiologico e del territorio per la programmazione delle attività di prevenzione

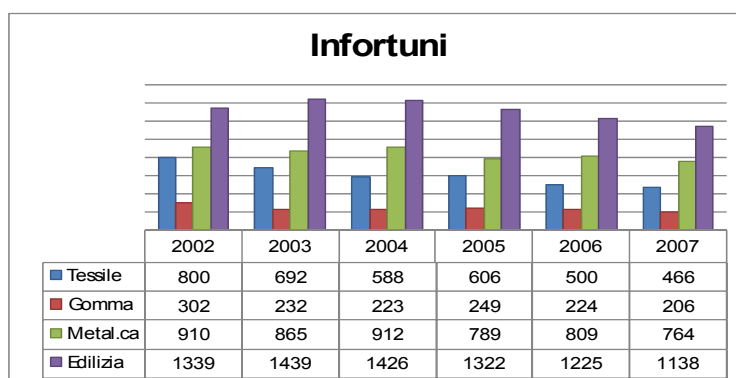
L'attività di prevenzione nel suo complesso è in grado di generare effetti positivi sullo stato della salute del singolo, della collettività e dell'ambiente nella misura in cui i differenti interventi sono strettamente connessi al bisogno di salute espresso e alle evidenze di urgenze sanitarie che richiedono risposte specifiche da un lato e dall'altro se le attività messe in campo rispondono a precisi requisiti di evidenza di efficacia preventiva. Nella individuazione delle priorità di intervento nel territorio della provincia di Como, che si affiancano alle azioni di prevenzione definite dalle "regole di sistema" si fa pertanto riferimento agli indici che descrivono la popolazione, lo stato di salute, il territorio (di cui al capitolo 1 del presente documento), ai dati specifici relativi al contesto lavorativo e di impatto sul territorio e sulla salute dei consumatori, la cui conoscenza costituisce presupposto per la corretta valutazione del bisogno e per la conseguente programmazione.

Il piano triennale dei controlli 2008 - 2010 della ASL della Provincia di Como approvato con Deliberazione n. 605 del 20 dicembre 2007 si è posto in tale ottica programmatica, pertanto ad esso si fa riferimento.

Di seguito si evidenziano alcuni macro indicatori il cui andamento "informa" la programmazione delle attività della Prevenzione e, soprattutto, possono costituire elemento misurabile per descrivere in termini ancorché grezzi, il "guadagno di salute" connesso con l'attività di promozione della salute, sorveglianza e controllo (vedi paragrafo "Modalità di monitoraggio e rendicontazione delle attività – Indicatori di risultato").

#### **Infortunati sul lavoro**

In numeri assoluti si può notare come tutti i settori abbiano beneficiato dell'andamento favorevole, pur con differenze significative. Particolarmente evidente il calo nel tessile, solo in parte dovuto ad una diminuzione del personale addetto.



#### **Variazione di mortalità evitabile**

Verranno monitorati gli scostamenti dalla media regionale per le seguenti cause:

- tumori maligni delle prime vie aeree, dei bronchi e polmoni, per la correlazione col fumo di sigaretta, al radon o altri cancerogeni professionali ecc;
- tumori maligni della mammella, per la loro correlazione con le attività di screening;
- malattie ischemiche del cuore, per la loro correlazione con gli stili di vita;
- traumatismi ed avvelenamenti.

#### **Malattie trasmesse da alimenti**

Saranno valutate variazioni di incidenza delle malattie trasmesse da alimenti, e proporzione attribuibile a esposizione al di fuori dell'ambiente domestico; ciò costituisce indicatore macro della sorveglianza esercitata sulla filiera della produzione e somministrazione alimenti e verifica che non si verifichino incrementi significativi. Di seguito il dato relativo all'anno 2007.

	N. focolai	N. persone coinvolte
DIARREA INFETTIVA	5	17
EPATITE A	2	4
INFEZIONI, TOSSINFEZIONI E INTOSSICAZIONI ALIMENTARI	4	107
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	11	35

#### **Rilevazione eventi sentinella**

In considerazione del Piano per eradicazione del morbillo, è considerato evento sentinella, cioè con casi attesi pari a zero, il decesso per morbillo per la correlazione con il piano di vaccinazione.

Di seguito l'esito delle indagini effettuate per i casi occorsi nel 2007.

Casi di Morbillo (anno 2007)					
Anno di nascita	Vaccinato		Ig M		Esito malattia
	Si	No	Pos.	Neg.	
1971		No	Pos.		guarigione
1995		No	Pos.		guarigione
1999	2 dosi			Neg.	guarigione
2001		No (rifiuto)		Neg.	guarigione
2006 (< 1anno)		No		Neg.	guarigione

## **Attività di sorveglianza ed analisi epidemiologica**

### **Completezza e qualità della sorveglianza epidemiologica**

L'attività di sorveglianza e di analisi epidemiologica richiede l'utilizzo di sistemi di monitoraggio dei differenti eventi che garantiscano da un lato la completezza dell'informazione circa la numerosità degli eventi stessi e dall'altro l'approfondimento di indagine (qualità del dato) per poter monitorare adeguatamente le dinamiche di accadimento. Specifici sistemi sono attivi o verranno implementati in linea con le indicazioni regionali: di seguito si descrivono gli elementi più significativi.

### **Malattie professionali**

Prosecuzione ed ottimizzazione nel 2009 del rapporto di collaborazione con INAIL che ha portato ad un maggior approfondimento reciproco delle conoscenze e in qualche caso, ad un riconoscimento di Malattia Professionale (MP) da parte dell'Ente assicuratore, acconsentito dopo il ricevimento, da parte dell'ASL, di sufficienti prove documentali.

Accordo di collaborazione fra il Servizio PSAL del Dipartimento di Prevenzione Medico dell'ASL di Como e l'UO di Medicina del Lavoro dell'Ospedale di Desio (Azienda Ospedaliera di Vimercate), finalizzato al conseguimento dei nuovi obiettivi previsti nel Piano per la Sicurezza nei luoghi di lavoro per il triennio 2008-2010, che prevede iniziative congiunte in ambito di prevenzione malattie professionali, essenzialmente basate su momenti formativi e di diagnosi precoce, rivolte ad alcune categorie a rischio quali allieve parrucchiere (allergopatie), cassiere di supermercati (patologie muscolo-scheletriche e movimenti ripetuti arto superiore), saldatori (ricerca dei tossici (metalli o altro) nel condensato espiratorio).

Per quello che riguarda le indagini per infortuni, la novità sperimentata nel 2008 e che verrà riproposta nel 2009 è la illustrazione di alcuni eventi di rilievo e significativi da parte di chi ha svolto l'indagine a tutti gli operatori del settore interessato. Sono previsti 3-4 incontri informativi.

### **Malattie infettive**

Il sistema di sorveglianza MAINF, ormai implementato in tutte le sue funzioni, richiede un controllo qualitativo del dato processato.

Sono pertanto assunti quali indicatori di qualità da monitorare:

1. percentuale di casi delle malattie a segnalazione immediata inseriti con differenza tra data segnalazione e data apertura pratica inferiore a 3 giorni >70%;
2. completezza schede diagnosi-contagio-fattori di rischio delle malattie soggette a segnalazione immediata >70%;
3. concordanza nella scelta della patologia, rispetto ai contenuti della scheda diagnosi (per meningiti batteriche, malattia invasiva pneumococcica-meningococcica-HIB, diarree infettive, tossinfezioni alimentari, parassitosi) >90%.

### **Registro Tumori**

"Implementazione di un registro dei tumori nelle Province di Como e Lecco e sua integrazione con BDA e ROL." Progetto in partnership ASL di Como e ASL di Lecco – capofila ASL Como

Le azioni del secondo anno di progetto (anno 2009) sono finalizzate a:

- Completamento processo di implementazione del Registro.
- Utilizzo di tutte le fonti disponibili (es. farmaceutica, File F, ROL).
- Incidenza 2003 per tutti i tumori con IARC Check.
- Incidenza 2004 e 2005.

La possibilità di produrre anni di incidenza successivi è strettamente legata alla disponibilità di ulteriori risorse umane dedicate ed adeguatamente formate.

Nel secondo anno di attività e negli anni successivi si prevede di mantenere la consulenza con l'Istituto Nazionale Tumori di Milano, ancorché rimodulata in base alle nuove esigenze.

### **Sorveglianza nutrizionale**

La sorveglianza nutrizionale è finalizzata alla definizione di interventi di promozione della corretta alimentazione nelle diverse età della vita.

- Interventi specifici di analisi sulle abitudini alimentari e misure antropometriche sono state effettuate nel 2006 (bambini), nel 2007 (adolescenti ed adulti): il monitoraggio della situazione è previsto ogni 5 anni (2011 e 2012).
- Elaborazione dell'indagine effettuata nel corso del 2008, e le conseguenti "indicazioni" diffuse alla popolazione nel corso del 2009.

### **Comunicazione ed informazione dati attività di prevenzione**

Nel corso dell'ultimo biennio è stata posta attenzione alla stabilità dell'informazione, prediligendo l'utilizzo di sistemi facilmente accessibili (interfacce col pubblico) quali il sito web aziendale con la creazione di habitat specifici ad esempio la sicurezza degli ambienti di lavoro o la promozione dei corretti stili di vita (<http://www.asl.como.it/medicinasport.htm>; <http://www.asl.como.it/siclavoro/>)

Dal 2007 sono disponibili i dati relativi all'attività di sorveglianza epidemiologica delle malattie trasmissibili, in particolare i report periodo 2000 – 2006; anno 2007 e primo semestre 2008.

Per il 2009 si intende realizzare, in collaborazione con Enti, Amministrazioni, Associazioni componenti la Commissione ex articolo 7 - D.L.vo 81/2008, un report sui rischi e danni da lavoro relativi al territorio della provincia di Como, in collaborazione con le altre Istituzioni che concorrono agli obiettivi di tutela del lavoratore e con le forze sociali.

Proseguirà anche nel 2009 l'attività iniziata negli anni scorsi di interazione con le Associazioni di Categoria, in analogia alle indicazioni regionali previste dalla DGR 4799 del 30/07/2007, in relazione ai compiti di prevenzione riconducibili alla formazione degli operatori ed al controllo nell'area Igiene degli Alimenti e Bevande, in collaborazione interdipartimentale con il Dipartimento di Prevenzione Veterinario.

In relazione al nuovo percorso di semplificazione amministrativa per le imprese proseguiranno con stabilità nel 2009 i contatti già avviati con i S.U.A.P. e le Amministrazioni comunali al fine di una corretta impostazione e monitoraggio delle azioni necessarie alla gestione e coordinamento della vigilanza e del controllo in relazione alla valutazione del rischio sanitario del sito/area soggetto a verifica.

### **Sistema informativo della prevenzione per le attività di vigilanza e controllo**

È in fase di attuazione il nuovo Sistema Informativo della prevenzione regionale "I.M.Pre.S@", che sarà interconnesso con i data base gestiti da CCIAA della Regione Lombardia, INAIL ed altre Istituzioni.

Nell'ottica della partecipazione al progetto di sviluppo sono in corso gli interventi di "allineamento" dei tracciati con la partecipazione di operatori del Dipartimento di Prevenzione Medico al tavolo di lavoro regionale: è previsto infatti, per il 2009, la possibilità di connessione dei gestionali ASL con "I.M.Pre.S@" .

Nel 2009 si opererà per raggiungere l'allineamento di tutti i gestionali ASL che dialogheranno con il Sistema Informativo della prevenzione regionale "I.M.Pre.S@"; l'adeguamento dei sistemi gestionali permetterà tra l'altro anche la trasmissione diretta dei dati relativi ai controlli effettuati con maggior efficienza e precisione. Ciò permetterà da parte della Regione la lettura diretta, per ogni area di intervento, delle attività svolte e dei risultati conseguiti (secondo indicazioni della DGS - raggiungimento dell'obiettivo previsto dal 2010).

### **Sistema Vetinweb**

Durante il 2008 nel sistema informativo veterinario Vetinweb sono state inserite tutte le attività censite.

Nel corso del 2009 il processo di implementazione, anche finalizzato al ricongiungimento con il Sistema Informativo della Prevenzione regionale, sarà di carattere soprattutto gestionale e avrà risvolti diretti sullo svolgimento del Piano Triennale di Vigilanza e Controllo soprattutto per quanto concerne i flussi informativi e la compilazione e trasmissione di modulistica completa via web.

### **Anagrafi Zootecniche**

Per il 2009 è programmato il perfezionamento dei sistemi di integrazione tra le varie banche dati (Anagrafi Zootecniche, Anagrafe impianti, Dati analisi IZS) al fine di garantire una migliore acquisizione dei dati e degli esiti delle analisi per una migliore valutazione epidemiologica e del livello di rischio.

## **Attività di promozione della salute, con particolare riguardo a corretti stili di vita**

### **Lotta alla sedentarietà**

La prima causa di morbilità e mortalità risulta ancora essere la malattia cardio-cerebro-vascolare. Nella nostra provincia la prevalenza della malattia CCV interessa il 15% della popolazione e dai dati rilevati dallo screening del Rischio CCV condotto dai MMG è emerso che sui circa 17.000 utenti screenati il 10% presenta un rischio medio alto di ammalarsi di tale patologie (vedi dati Dipartimento cure Primarie). L'evidenza che l'adozione di un corretto stile di vita può rappresentare un valido strumento di prevenzione primaria e secondaria delle malattie CCV ci ha indotto ad intraprendere varie iniziative sull'argomento. Per il 2009 è prevista l'attivazione, da parte dei MMG, di percorsi preventivi e terapeutici che coinvolgeranno il Servizio di Medicina dello sport e lotta al Doping e l'U.O. Dietetica e Nutrizione Clinica per indicare una attività fisica appropriata e una corretta alimentazione ai pazienti a rischio. I due Servizi aziendali, inoltre, formuleranno un decalogo, ad uso dei MMG, in cui verranno indicate le attività fisiche raccomandate e le corrette abitudini alimentari che si dovrebbero adottare come primo intervento di prevenzione delle malattie CCV.

Sono previsti, inoltre, progetti di promozione di corretti stili di vita che devono prevedere innanzitutto l'integrazione delle varie Agenzie educative del territorio. Tali progetti, che sono in linea con le raccomandazioni esitate dal percorso formativo IREF "Valutazione di efficacia e definizione di un modello integrato di promozione alla salute", riguarderanno varie popolazioni target che vanno dai bambini dell'età scolare alla popolazione adulta e anziana

Di seguito si descrivono le progettualità da avviare/proseguire nel 2009:

- Attivazione di nuovi "Piedibus", strumento per spingere i bambini ad effettuare costantemente una attività fisica, e indirettamente contribuire alla riduzione dell'inquinamento determinato dall'uso dell'auto per accompagnare i bambini a scuola.
- Individuazione di altri "Percorsi all'aria aperta" nel territorio provinciale lontani dal traffico e dall'inquinamento; promozione, in collaborazione con le Amministrazioni locali, dei "Gruppi di cammino" già sperimentati in altri contesti provinciali.
- Prosecuzione nel 2009 dello studio sperimentale "Terziario in movimento" che interessa i dipendenti dell'ASL di Como e i dipendenti della Cassa Rurale ed Artigiana di Cantù.

### **Promozione della corretta alimentazione**

In coerenza con i risultati delle indagini effettuate sulla popolazione (vedi sopra) di seguito si specificano le azioni che verranno avviate/proseguite nel 2009.

- E' prevista, a sostegno delle amministrazioni comunali e dei privati interessati, l'elaborazione di un menù tipo per gli asili nido al fine di promuovere le buone abitudini alimentari ed i corretti stili di vita fin dall'infanzia.
- Messa a regime il nuovo "Protocollo delle diete speciali" (allergie, intolleranze, disgusti e scelte ideologico/religiose alimentari).
- Proseguirà la positiva collaborazione con l'Amministrazione Provinciale di Como settore Agricoltura, in un programma integrato di educazione alla salute in campo alimentare e dei corretti stili di vita.

### **Prevenzione incidenti stradali**

Prosegue nell'anno 2009 la collaborazione con la Prefettura e le altre istituzioni e agenzie coinvolte nello specifico tavolo di coordinamento per la Sicurezza Stradale. Su indicazione di tale tavolo, al fine di prevenire gli incidenti stradali in particolare tra i giovani dove è particolarmente alta la morbilità e la mortalità correlate alla guida sotto effetto di alcol e altre sostanze psicoattive, è stato organizzato dal Dipartimento delle Dipendenze ASL un corso di formazione sullo specifico tema rivolto agli insegnanti delle autoscuole.

### **Prevenzione consumo sostanze d'abuso**

Una particolare attenzione è stata posta nel 2008 alla diffusione territoriale tra i giovani del consumo di alcol, cocaina e altre sostanze psicotrofici, alle sue conseguenze e ai relativi interventi di prevenzione. Sono quindi state realizzate nel 2008 a cura del Dipartimento delle Dipendenze numerose iniziative che verranno ulteriormente implementate nel 2009: interventi di informazione e formazione nelle scuole di ogni ordine e grado rivolte a studenti insegnanti e genitori, mostra itinerante nelle scuole in occasione dell'Alcol Prevention Day con distribuzione di materiale informativo, partecipazione al tavolo regionale per la definizione di specifiche linee guida per la prevenzione delle dipendenze in adolescenza.

## **Prevenzione tabagismo**

E' stato sottoscritto un protocollo d'intesa tra ASL e Lilt di Como (Lega Tumori) per l'attivazione di Centri Antifumo sul territorio attraverso interventi integrati tra medici Sert e psicologi Lilt: da gennaio 2009 partirà il progetto.

## **Prevenzione del disagio giovanile e sostegno alla genitorialità**

Proseguiranno nel 2009 i progetti "Centri di ascolto", afferenti all'UO Consultori Familiari, presso le scuole secondarie superiori con finalità preventive del disagio giovanile ed informative sui servizi consultoriali offerti alla fascia adolescenziale-giovanile.

Proseguiranno altresì gli interventi di sostegno alla genitorialità rivolti ai genitori di bambini fino ai 18 mesi di età volti a supportare la coppia e la famiglia in questa delicata fase di cambiamento del ciclo di vita familiare.

## **Attività di profilassi e controllo delle malattie trasmissibili nel settore umano e nel settore zootecnico.**

### **Controllo delle malattie infettive e Vaccinazioni**

Sono indicatori di qualità del sistema ed obiettivi da monitorare:

1. accertamenti a scopo epidemiologico: Tipizzazione pneumo-meningo > 80%; Tipizzazione salmonella >60%; Sierologia morbillo >50%;
2. anagrafe Vaccinale: informatizzazione, aggiornamento, invio a DGS classi di nascita 1991- 2009;
3. coperture vaccinali: Coorte nati residenti 2007 (Vaccino esavalente: polio-difto-tetano-pertosse-epatite B-HIB) >95% ; Morbillo- Parotite – Rosolia – 1a dose > 95%); Coorte nati residenti 2003 (Morbillo-Parotite-Rosolia – 2a dose >90%; Polio 4° dose > 95%); Soggetti appartenenti a categorie a rischio: >70% soggetti 0-18 aa, per le rispettive patologie, su denominatore BDA.

Anagrafe provinciale vaccinazioni: per il 2009 è previsto l'aggiornamento e il completamento dell'anagrafica, comprendendo tutte le coorti di nascita a partire dal 1991 fino al 2009.

Offerta attiva di alcune vaccinazioni ai soggetti appartenenti a categorie a rischio per determinate patologie attraverso BDA ed accordo con le strutture sanitarie: nel corso del 2009 un richiamo ai soggetti che non hanno aderito alla chiamata del 2008, per raggiungere le coperture previste dalla Regione (>70% per i soggetti da 0 a 18 anni).

### **Controllo delle malattie trasmissibili nel settore zootecnico**

Per quanto concerne le malattie trasmissibili soggette a bonifica il 2008 ha visto la Provincia di Como ancora ufficialmente indenne per tubercolosi bovina e brucellosi bovina e ovicaprina con positivi risvolti anche nell'ambito della commercializzazione dei prodotti.

Il 2009 vedrà il proseguimento dell'attività di monitoraggio sulla presenza delle malattie infettive anche a carattere zoonosico riguardanti sia gli animali domestici che selvatici.

Di rilevante impegno sarà l'attività di controllo su Malattia Vescicolare Suina, Blue Tongue, Influenza Aviare, West Nile Disease, Anemia Infettiva Equina.

## **Attività di screening oncologico**

### **Screening mammografico per la diagnosi precoce del tumore al seno**

Nel 2008 lo screening ha raggiunto l'estensione su tutto il territorio provinciale.

Per il 2009 si intende consolidare lo screening per tutte le donne appartenenti alla popolazione target di età compresa fra 50 e 69 anni, perseguendo il raggiungimento/superamento di un tasso di adesione corretto del 60%, il rispetto degli intervalli di round e il mantenimento dell'estensione al 100%, come previsto dalle indicazioni regionali.

Popolazione target (donne 50-69 aa)	Da chiamare nel 2008: target teorico (50% target)	Donne da chiamare escludendo le donne che effettuano già mx in prevenzione spontanea: stima target reale/anno	Mx screening 1° livello con tasso di adesione al 60%
74.000	37.000	33.000	19.800

Si evidenzia un incremento di numerosità della popolazione target pari a 1.000 unità in più rispetto al biennio precedente. Tale incremento sarà preso in considerazione nella fase di stipula dei contratti con le Strutture erogatrici, nell'ambito della programmazione dell'offerta sanitaria definita dal Dipartimento Programmazione Acquisto Controllo Sanitario (PAC/S). Si intende proseguire nelle azioni di monitoraggio e sviluppo degli indicatori di qualità dello screening sulla base delle Linee Guida regionali.

### **Screening per la diagnosi precoce del tumore colon retto**

Nel 2008 si è completata l'estensione dello screening su tutto il territorio provinciale con un tasso di adesione corretto superiore al 30%. Il test del sangue occulto è stato offerto alla popolazione attraverso le farmacie, con la collaborazione dei distributori intermedi dei farmaci. E' stato avviato il secondo round nel rispetto dei tempi di "passaggio di round". Per il 2009 si intende proseguire con il secondo round, garantendo l'estensione al 100% della popolazione target annuale e un tasso di adesione corretta superiore al 30%.

<b>Popolazione target</b> (50 - 69aa)	<b>Popolazione da chiamare nel 2009</b>	<b>FOBT</b> tasso di adesione atteso al 50% -60%	<b>Colonscopie</b> (indagini 2° Livello) con tasso di positività atteso al 5%
145.000	72.500	36.250 – 43.500	1.812 – 2.175

Si evidenzia un incremento di numerosità della popolazione target pari a 2.200 unità in più rispetto al biennio precedente. Tale incremento andrà preso in considerazione nella fase di stipula dei contratti con le Strutture erogatrici.

### **Diagnosi precoce del carcinoma della cervice uterina**

Al fine di promuovere la pratica del Pap Test ogni tre anni, dall'età di 25 a 64 anni, si è dato corso alle indicazioni previste dalle DGR n. 5873 del 21.11.2007 e DGR n. 6683 del 27 febbraio 2008 finalizzate alla prevenzione del carcinoma della cervice uterina. Particolare attenzione è stata data alla formazione degli operatori dei Servizi vaccinali e dei Consulenti Familiari, al fine di garantire un'offerta coerente e integrata alla popolazione femminile, sia undicenne (per la vaccinazione HPV) che adulta (Pap test).

Per il 2009 si intende proseguire nelle attività di cui sopra e collaborare con il Dipartimento PAC/S e il Dipartimento ASSI, per garantire l'inserimento in flusso specialistica ambulatoriale di tutte le prestazioni rese presso strutture accreditate e verificare le percentuali di copertura effettive con individuazione della quota che non ha effettuato nell'ultimo quinquennio alcuna prestazione. Verranno identificate le relative proposte innovative di "reclutamento".

### **Attività di vigilanza e controllo negli ambienti di vita e di lavoro e nel settore della sicurezza alimentare e della sanità veterinaria**

In questo ambito si fa riferimento al Programma triennale di vigilanza e controllo di cui alla deliberazione ASL n. 605/2007 ed alla specifica attività di programmazione per l'anno 2009 secondo le indicazioni di cui alla Circolare sui Piani integrati di prevenzione e controllo n. 19/SAN del 20 novembre 2008.

Le attività di controllo previste per il 2009, per le quali verranno predisposte le tabelle come indicato alla Circolare 19/san/2008, sono programmate nel rispetto dei seguenti criteri:

1. garantire uniformità e omogeneità degli interventi su tutto il territorio ed operare in maniera da integrare competenze e conoscenze tecnico scientifiche per valutazioni complessive delle situazioni oggetto di verifica. Ciò permetterà, di rafforzare le sinergie tra le competenze afferenti ai diversi Servizi, rendendo da una parte maggiormente visibile la specifica professionalità dei singoli operatori e dall'altra, anche sul campo, la crescita culturale degli stessi.  
Per i diversi ambiti di intervento si opererà come segue:
  - a) le diverse competenze evidenziano livelli di rischio differente: il livello più alto identifica la competenza specialistica preminente (sopralluoghi coordinati con compilazione check list di base);
  - b) le diverse competenze evidenziano lo stesso livello di rischio elevato: si metteranno in campo le competenze specialistiche disponibili sia mediche che tecniche (sopralluoghi congiunti);
  - c) tutte le competenze evidenziano un livello di rischio basso: tale settore sarà programmato per i controlli con bassa periodicità e/o a campione.
2. I controlli delle strutture, per cui l'ASL individua un elevato grado di rischio, costituiscono almeno il 60% del totale dei controlli; in particolare si osserva che per quanto riguarda l'area di tutela e sicurezza dei lavoratori i controlli nel 2008 hanno riguardato le aziende classificate ad alto rischio (cantieri edili e industrie manifatturiere) in oltre il 90% dei casi: tale modalità proseguirà anche nel 2009.

La quota di controlli nell'area di tutela e sicurezza dei lavoratori non sarà inferiore al numero di controlli assegnato per il 2008.

3. La quota di controlli nell'area della sicurezza alimentare comprenderà, per le strutture per cui si individui un elevato grado di rischio, almeno un controllo annuale; è da osservare che con una attività storica in questo ambito di circa 2000 ispezioni all'anno è garantita la copertura per almeno 60% con attività afferenti alle due categorie a rischio più alto (1 e 2). L'attuale disposto normativo prevede l'obbligo del ricontrollo allo scadere delle prescrizioni: si intende in accordo con la competente U.O. regionale posporre i ricontrulli in strutture a basso rischio (3 e 4), accettando autodichiarazioni degli Operatori del Settore Alimentare di aver sanato le non conformità, da verificare a campione.

4. La quota di controlli nell'area degli ambienti di vita, per le strutture individuate dalla ASL come a medio-basso grado di rischio, deve prevedere l'effettuazione di controlli di tipo casuale, esplicitando i criteri utilizzati nella scelta del campione. Per quanto riguarda la tutela e sicurezza degli ambienti aperti e confinati, in considerazione delle peculiarità di questo settore in cui più tradizionalmente l'attività di vigilanza è legata ad obblighi normativi e ad attività effettuata su richiesta, nel 2008 non si è potuto come auspicato utilizzare completamente le risorse disponibili in maniera coerente con il percorso introdotto dalle direttive regionali per la riduzione progressiva dell'attività a richiesta.

La verifica degli alloggi utilizzati da extracomunitari (prevista in occasione di ricongiungimento familiari e/o altre certificazioni richieste da altre pubbliche amministrazioni) sono state comunque utilizzate come occasione per integrare i controlli nelle azioni programmate di verifica degli ambienti indoor. Considerato inoltre che non si prevede per il 2009 un'immediata diminuzione o eliminazione della problematica sarà comunque necessario continuare a sfruttare al meglio le risorse in campo con azioni integrate finalizzate a garantire standard igienici soddisfacenti per tutti i cittadini presenti sul territorio (indicatore di risultato: incidenti da CO).

Particolare attenzione si è data alla definizione dei livelli di rischio nelle attività riconducibili a questa area ambienti di vita con particolare attenzione all'individuazione di indicatori per la classificazione del rischio specifico ed eventi sentinella.

Si fa riferimento ad esempio a dati sanitari desumibili dai flussi informativi correnti per il rilievo di:

- eventi avversi correlati all'uso di cosmetici;
- patologie correlabili ad attività ricreative (es. balneazione, impianti natatori, ecc.);
- patologie allergiche;
- patologie correlabili ad esposizione ad inquinanti ambientali (ambienti aperti e indoor).

5. La quota di controlli per quanto attiene la sicurezza alimentare e la sanità veterinaria verrà programmata per l'anno 2009 sulla base del livello di rischio attribuito alle singole attività quale punto di partenza per la periodicità dei controlli definendo la percentuale di strutture ispezionate durante l'anno.

Saranno comunque rispettate le frequenze ispettive previste dal Reg. (CE) 882/04 e da normative specifiche, unitamente all'esecuzione di audit interni ed esterni per verificare il raggiungimento degli obiettivi individuati dal Reg. (CE) 882/04.

Si provvederà alla programmazione, pianificazione ed esecuzione dei Piani di campionamento su matrici appartenenti a tutta la filiera alimentare (alimenti – mangimi – prelievi su animali vivi).

Verrà attivato altresì un programma straordinario di verifica degli stabilimenti che esportano prodotti di origine animale verso Paesi Terzi.

6. Attività di Censimento siti interessati al rischio amianto (PRAL)

Nel corso del 2009, oltre alla prosecuzione del censimento, verranno effettuati sopralluoghi su siti specificatamente individuati come situazioni a maggior rischio (es. aree dimesse, superfici maggiori di 1000 mq., situazioni critiche segnalate dalle amministrazioni comunali).

### **Partecipazione a programmazioni urbanistiche e territoriali**

La recente normativa regionale che prevede la concorrenza delle ASL nella predisposizione degli strumenti urbanistici impone una modifica sia nell'approccio culturale sia di tipo operativo.

Per il 2009 pertanto si intende operare su più livelli paralleli:

- rispondere in modo coordinato tra le diverse articolazioni aziendali alle richieste di contributo che pervengono da Sportelli Unici e/o Uffici comunali/provinciali per opere pubbliche di particolare rilievo (costruzione nuovo Sant'Anna);
- promuovere un nuovo approccio culturale nella valutazione integrata degli strumenti urbanistici che consideri gli effetti a lungo termine delle scelte di utilizzo del territorio, non solo per la riduzione alle esposizioni di agenti inquinanti ma anche nella promozione di infrastrutture favorevoli corretti stili di vita;
- contribuire nella tutela degli ambienti lacustri - peculiarità e ricchezza territoriale – anche attraverso la razionalizzazione degli interventi di controllo sulla balneazione, in linea con le nuove disposizioni normative in materia (D.L.vo 116/2008).

### **Monitoraggio grandi opere**

Prosegue il monitoraggio del cantiere per la realizzazione Nuovo Ospedale S. Anna – località tre camini. Analogo percorso sarà effettuato con l'avvio della riqualificazione area ex Ticoso e area Vecchio Sant'Anna.

### **Modalità di monitoraggio e rendicontazione delle attività.**

Gli indicatori specifici di attività per le singole aree di intervento del presente piano sono già individuati nei rispettivi paragrafi: in particolare si fa riferimento a:

- percentuali di copertura vaccinale;
- percentuali di estensione/adesione agli screening oncologici;
- rispetto della quota dei controlli sulle strutture in materia di sicurezza e tutela dei lavoratori e di sicurezza alimentare.

Per quanto attiene l'attività veterinaria si fa riferimento a:

Allevamenti sottoposti a bonifica per TBC bovina brucellosi bovina e ovicaprina:

- allevamenti controllati su allevamenti esistenti;
- incidenza infezione 2008/2009:

Stabilimenti autorizzati all'export prodotti Paesi Terzi:

- stabilimenti sottoposti a verifica mediante audit su stabilimenti esistenti.

A questi si affianca il monitoraggio dell'andamento di eventi registrabili nei settori oggetto di controllo che possono essere considerati indicatori "grezzi" di risultato in termini di guadagno di salute per la popolazione e per il singolo.

Si fa riferimento in particolare a:

- andamento degli infortuni sul lavoro segnalati all'INAIL, tra biennio 2006-2007 e 2008-1° semestre 2009 e verifica del trend in diminuzione;
- variazioni di incidenza delle malattie trasmesse da alimenti tra biennio 2006-2007 e 2008-2009, e proporzione attribuibile a esposizione al di fuori dell'ambiente domestico, e verifica che non si verifichino incrementi significativi;
- eventi sentinella (ossia con casi attesi pari a zero) i decessi per morbillo, per la correlazione con il piano di vaccinazione.

Per quanto attiene un guadagno di salute legato ad interventi di promozione dei corretti stili di vita e di diagnosi precoce (screening oncologici) viene avviato il monitoraggio dell'incidenza dei tumori (Registro Tumori) a partire dal 2003, anno precedente all'avvio dello screening per il tumore della mammella, oltre al monitoraggio degli scostamenti con la mortalità evitabile (media provincia di Como v/s media regionale).

## CRS-SISS

Nel corso del 2008 è regolarmente proseguita l'attività di diffusione del Progetto sul territorio comasco.  
In particolare:

**Cittadini:** Sono in corso attività di sensibilizzazione dei cittadini sull'utilità del consenso al trattamento dei dati via SISS (trattamento per cui l'ASL è soggetto Titolare);

**Medici:** il 91% dei MMG/PDF hanno aderito al SISS; nel prossimo anno si prevede di pervenire ad un'adesione del 97%.

**Farmacie:** tutte le farmacie territoriali sono aderenti e utilizzano regolarmente il sistema. Circa 50 farmacie stanno già erogando al cittadino il servizio di gestione della prenotazione via SISS; prossimamente il servizio sarà erogato da tutte le farmacie territoriali, unitamente al servizio di gestione del consenso informato del cittadino.

**Soggetti erogatori:** oltre alla consolidata integrazione dell'AO S. Anna, tutti gli enti erogatori privati accreditati sono integrati al SISS per quanto riguarda i servizi iniziali; una parte significativa di questi, nell'ambito del progetto di CUP via SISS, erogano già al cittadino i servizi di prenotazione. Sul versante ASSI, il primo gruppo di RSA sta utilizzando il SISS per l'erogazione dei servizi di scelta e revoca del medico agli ospiti.

**Integrazione sistema informatico aziendale:** con l'uso della Piattaforma Regionale di Integrazione, l'Azienda ha implementato la Banca Anagrafica Centralizzata (BAC) allineata in tempo reale alla Nuova Anagrafica Regionale (NAR); tale Piattaforma è propedeutica alla prevista integrazione degli applicativi aziendali (PROTESICA, VACCINAZIONI, CONSULTORI).

Nel 2009 il Progetto CRS-SISS prevede di completare tutti i processi avviati, realizzando un sistema informativo socio-sanitario completamente integrato nelle sue diverse componenti in ogni Azienda sanitaria lombarda, sia pubblica che privata accreditata.

In questo scenario, il ruolo delle ASL sarà di coordinamento del progetto sul territorio, attraverso il rapporto con tutti i soggetti coinvolti, in termini di nuovi sviluppi del Progetto e di consolidamento.

## INDICI DI OFFERTA E NEGOZIAZIONE

### Prestazioni sanitarie

Variazioni tariffarie	
<b>Ricoveri</b>	Incrementi variabili tra il +0% ed il +5%. Nessuna riduzione tariffaria se non arrotondamento all'euro per 10 DRG
	Per i DRG 059 e 060 allineamento delle tariffe a prescindere dalla modalità di erogazione su un valore pari alla media ponderata dei valori per ricoveri maggiori di 1 giorno oggi in vigore per i due DRG
<b>Riabilitazione</b>	Aumenti tariffari su alcuni DRG area neurologica e cardio polmonare mediamente pari al +2.4%
<b>Ambulator.le</b>	Sostanziale mantenimento delle tariffe con correttivi solo per: <ul style="list-style-type: none"><li>• Riduzione tariffe per cataratta e tunnel carpale</li><li>• Riduzione tariffe per TC e RMN</li><li>• Riduzione tariffa prima visita pari a 1€</li><li>• Riduzione tariffa visita di controllo pari a 1,50€</li><li>• Riduzione tariffa prestazioni laboratorio di genetica</li><li>• Incremento tariffe endoscopia digestiva</li></ul>

Negoziazione	
<b>Ricoveri</b>	Incremento medio tendenziale del 1,2% rispetto al 2008
	Integrazione del budget (pari al 30% dell'extra produzione)
<b>Ambulator.le</b>	Quota di risorse minime per il 2009 pari al 95% del 2008, al netto di dialisi e radioterapia.
	La quota tra il 95% e il 97% è assegnata per risolvere criticità dei tempi attesa e per progetti specifici
	Tra il 97% e il 103% regressione tariffaria con abbattimento massimo del 30%
	Tra il 103% e il 106% regressione tariffaria con abbattimento massimo del 60%
	Erogazioni prestazioni a carico del SSR fino al 106%
	Applicazione legge finanziaria: sconto del 18% prestazioni di laboratorio, sconto del 2% su altre prestazioni ambulatoriali erogate da privati accreditati.
<b>Screening</b>	Inserimento delle prestazioni erogate nell'ambito dello screening oncologico nel budget

### Strategie Aziendali - Negoziazione quote variabili legate a specifici progetti

Nella gestione operativa delle quote variabili la ASL intende confermare il modello di negoziazione per obiettivi già sperimentato nell'ultimo biennio. Con opportuni aggiustamenti e alcune innovazioni, si prevede di favorire specifiche progettualità personalizzando l'articolazione degli obiettivi ed il loro peso sulla base delle diverse caratteristiche presenti nelle realtà aziendali concentrando l'impegno su un numero limitato di aree ritenute strategicamente più rilevanti.

### Ricoveri per acuti e riabilitazione

Anche per il 2009 l'ASL intende riproporre una quota percentuale legata ad obiettivi di qualità, accessibilità e appropriatezza destinati a sviluppare il già consolidato impegno delle Strutture su queste aree.

#### Qualità:

- monitoraggio dei programmi finalizzati al contenimento delle infezioni ospedaliere con particolare attenzione agli indicatori di esito;
- mantenimento del monitoraggio dei tempi di esecuzione e di refertazione degli esami strumentali e/o di laboratorio, utilizzando i dati raccolti e analizzati nell'anno 2008. Nel corso dell'esercizio verranno programmati dei controlli al fine di riscontrare eventuali giornate di inappropriatazza dei ricoveri legate a tale criticità;
- prosecuzione del monitoraggio dell'applicazione della scala "Functional Independence Measure" presso le strutture di ricovero e cura che hanno UU.OO. di Riabilitazione Funzionale e di cui è prossima l'illustrazione dei dati relativi al primo anno di utilizzo. Nel corso del 2009 si valuterà la possibilità di integrare i dati con quanto emerge dall'applicazione del sistema "Esperto";

- implementazione di un sistema di autocontrollo relativamente alla completezza della SDO e della cartella clinica secondo le linee guida regionali, con particolare riferimento alle conseguenti e successive azioni di correzione.

#### **Accessibilità:**

- mantenimento dell'attenzione alla riduzione delle liste di attesa per interventi programmati sia per le tipologie previste nell'accordo Stato-Regioni del 2002 (protesi d'anca, coronarografia, interventi per neoplasie della mammella o del colon-retto), sia per altri interventi con particolari criticità (ad es. ernia inguinale, TUR prostata, eccetera);
- valutazione della fattibilità di ampliare, anche per i ricoveri ordinari programmati, i processi legati alla trasparenza quali, ad esempio, la pubblicazione sul sito internet dell'offerta delle prestazioni con i relativi tempi di attesa.

#### **Appropriatezza:**

- conferma dell'incentivazione della riduzione dei ricoveri medici urgenti con un giorno di degenza allo scopo di gestire i pazienti in fase di diagnostica differenziale in una modalità alternativa alla degenza;
- ulteriore sviluppo di un utilizzo ottimale dei posti letto destinati alla riabilitazione in particolare all'area generale-geriatrica e/o di mantenimento;
- applicazione e monitoraggio dei PDTA condivisi tra ASL e Erogatori.

#### **Integrazione Ospedale –Territorio:**

- verifica della piena applicazione del protocollo per il corretto uso del ricettario condiviso tra ASL, Specialisti, MMG e PDF;
- condivisione degli obiettivi minimi di prevenzione individuati nella DGR 8501/2008 per le seguenti aree: "controllo delle malattie infettive e vaccinazioni", "screening";
- applicazione di percorsi legati alla dimissione protetta: scheda di dimissione infermieristica, ADI, inserimento negli Hospice;
- valutazione, nell'ambito di specifici programmi per la continuità assistenziale, della fattibilità di un progetto che coinvolga gli Ospedali, le Strutture Socio-Sanitarie (RSA, ex IDR, ecc.) e i MMG per dare avvio a nuove e più efficaci modalità di integrazione Ospedale-Territorio.

#### **Prestazioni ambulatoriali**

Anche per il 2009 verranno utilizzati obiettivi articolati nel peso e nella tipologia, per assegnare la quota variabile del 2% alle strutture sanitarie accreditate presenti sul territorio.

#### **Qualità:**

- assegnazione di obiettivi specifici e mirati per ogni singola struttura connessi alla tempestività nella refertazione degli esami strumentali e/o di laboratorio;
- valutazione sulla fattibilità di arricchire la refertazione degli esami di laboratorio con il percorso storico del paziente.

#### **Accessibilità:**

- mantenimento degli obiettivi raggiunti nella riduzione delle liste di attesa per alcune prestazioni con particolari criticità e rispetto dei tempi obiettivo individuati dalla DGR 2828/2006;
- consolidamento del progetto Call Center regionale anche attraverso il previsto collegamento al SISS che potrà assicurare la consultazione dei referti on line per i MMG e i PDF;
- attuazione/ampliamento della pubblicazione sul sito internet dell'offerta di prestazioni ambulatoriali;
- estensione delle modalità organizzative e temporali per l'erogazione di prestazioni ed il ritiro dei referti.

#### **Appropriatezza:**

- verifica dei Protocolli/Linee Guida per la stesura dei piani di riabilitazione;
- applicazione e monitoraggio dei PDTA condivisi tra ASL e Erogatori.

#### **Integrazione Ospedale-Territorio:**

- verifica della piena applicazione del protocollo per il corretto uso del ricettario condiviso tra ASL, Specialisti, MMG e PDF.

## AZIONI SU TEMPI DI ATTESA E ACCESSIBILITÀ

### Prestazioni ambulatoriali

Anche per il 2009 l'ASL provvederà alla verifica dei tempi di attesa, tenendo come riferimento il territorio e non le singole strutture di erogazione.

Per tutte le prestazioni, fermo restando i tempi di attesa già individuati dalla DGR 2828 del 27/06/2006, è fissato l'obiettivo dei 30 gg. per i primi accessi di visite specialistiche e dei 60 gg. per i primi accessi di indagini strumentali.

<b>Tempi di attesa e accessibilità</b>	Nel corso del 2009 si prevedono 12 rilevazioni regionali di prevalenza dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto di monitoraggio. E' prevista inoltre l'individuazione di un campione significativo di erogatori, pubblici e privati accreditati, che saranno coinvolti in una rilevazione settimanale dei tempi di attesa con la finalità di avere un monitoraggio sempre più puntuale delle attese che i cittadini devono sostenere per ottenere le prestazioni ambulatoriali e quelle di ricovero e cura.
	Entro il 31/1/2009 verrà predisposto e formalizzato l'aggiornamento del piano attuativo oggi vigente con l'obiettivo di attualizzarlo ad eventuali nuove priorità e necessità.
	Per i ricoveri programmabili sarà ritenuta parte integrante del debito informativo e come tale oggetto di valutazione la compilazione del campo della SDO che indica la data di prenotazione dell'intervento chirurgico sulla scorta delle indicazioni delle linee guida del progetto mattone.

### Call Center

Attualmente il servizio, tramite il numero verde 800638638, consente di ottenere agevolmente, compatibilmente con la disponibilità delle linee telefoniche, le prestazioni di primo accesso.

Per il 2009 presso l'Azienda Ospedaliera "S. Anna" dovrà essere consolidato il servizio di prenotazione di prestazioni specialistiche ed esami diagnostici tramite Call Center Regionale, in modalità integrata SISS.

Parallelamente dovrà essere diffuso il servizio di prenotazione tramite altri canali, ovvero farmacie, medici di medicina generale (sia singoli che in associazione) e Internet (rendendo quindi in quest'ultimo caso disponibile direttamente al cittadino la possibilità di prenotare in prima persona, prestazioni per cui non sia necessaria la presenza ed il supporto di un Operatore). Anche le strutture sanitarie private accreditate, attualmente su base volontaria, potranno essere coinvolte nel progetto Call Center Regionale in modalità integrata SISS.

## RISORSE PER LA NEGOZIAZIONE DELLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

Viene confermato per il 2009 l'obbligo di negoziazione dei budget tra ASL e soggetti gestori, relativamente alle seguenti unità di offerta: ADI/Voucher, CDI, CDD, Strutture di riabilitazione extra-ospedaliera, unità di offerta residenziali e semi-residenziali per le dipendenze.

<p><b>Prestazioni erogate dalle Strutture di riabilitazione accreditate nel nuovo sistema riabilitativo extra-ospedaliero</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- I budget devono prevedere quote distinte per le prestazioni in regime di ricovero (ordinario e day hospital) e per le altre prestazioni in regime diurno (diurno continuo, ambulatoriale, domiciliare), assegnando il 4% dei budget dei ricoveri ed il 14% dei restanti regimi al raggiungimento di obiettivi di sistema, di processo o di qualità concordemente definiti.</li> <li>- Nel caso di erogazione di prestazioni sia in regime di ricovero che in regime di diurno, fermo restando il budget complessivamente assegnato e compatibilmente con i tetti di accreditamento per le singole tipologie di prestazioni, è possibile lo spostamento di quote di budget da un regime all'altro.</li> <li>- Le prestazioni ambulatorie cosiddette "indirette" (colloquio con i familiari e riunioni con operatori di altri Enti potranno essere remunerate, nell'ambito del budget assegnato, per un complessivo massimo del 20% di quanto rendicontato per tutte le prestazioni ambulatoriali.</li> </ul>
<p><b>Prestazioni rese in CDI, CDD e ADI/Voucher socio-sanitario</b></p>	<p><u>ADI/Voucher:</u>          Prosecuzione dei progetti innovativi/sperimentali previsti nella DGR n. 5743/2007 (regole di sistema 2008) con le seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ADI/Voucher socio-sanitario:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o estensione del credit sperimentale ex-DGR n. 7915/2008 (equiparazione ai tre profili del voucher);</li> <li>o estensione delle modalità di erogazione del voucher e credit di terzo profilo con cadenza anche inferiore al mese ex-DGR n. 7915/2008;</li> <li>o istituzione del voucher e del credit di primo profilo con cadenza anche superiore al mese.</li> </ul> </li> </ul> <p><u>CDI e CDD:</u>          Quote di budget destinate alla remunerazione di prestazioni finalizzate a una maggiore flessibilità nei servizi, onde ritardare il più possibile il ricovero definitivo della persona anziana o del disabile, ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ampliamento giornate e orari di apertura e ulteriori servizi alla persona;</li> <li>- offerta di un servizio di case-manager;</li> <li>- attivazione progettazione di interventi innovativi sulla cronicità;</li> <li>- offerta di servizio di ricoveri notturni temporanei.</li> </ul>
<p><b>Prestazioni rese in strutture riabilitative residenziali per tossicodipendenti</b></p>	<p>In applicazione della DGR n. 5509/2007, nel 2008 è stata introdotta la contrattazione integrativa di budget per ogni singola struttura riabilitativa residenziale del privato accreditato per il recupero di pazienti tossicodipendenti. Il sistema prevede la remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture a pazienti lombardi, indipendentemente dalla residenza dell'assistito, l'adeguamento delle rette di soggiorno, l'ampliamento a 36 mesi della durata massima del trattamento in tipologia pedagogico e terapeutico riabilitativa nonché la garanzia della libera scelta del servizio di cura accreditato da parte dell'assistito con patologia di dipendenza, fermo restando la certificazione che ne attesti la necessità rilasciata dai Servizi Territoriali per le Dipendenze - Sert o dai Servizi Multidisciplinari Integrati – SMI del privato accreditato. Tale sistema proseguirà nel 2009, precisando che i budget assegnati comprenderanno la totalità delle risorse destinate alla remunerazione delle prestazioni rivolte ai cittadini lombardi, erogate sia da Strutture presenti sul territorio regionale, sia da Strutture ubicate in altre regioni.</p>

## PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI STRUTTURE SANITARIE

<b>Attività di controllo NOC</b>	Il Piano che verrà presentato alla DG Sanità entro il 31.01.2009 prevede: <ul style="list-style-type: none"><li>• Nel 2009 si dovrà verificare, ai sensi dell'articolo 79 della legge 133 del 06.08.2008 - legge finanziaria 2009 - almeno il 10% degli episodi di ricovero (di cui il 6,5% mirato ed il 3,5% casuale) avvenuti sul proprio territorio di competenza e almeno il 3,5% delle attività di specialistica ambulatoriale.</li><li>• Tempestività dei controlli (verifica dell'attività erogata nel corso dell'anno);</li><li>• Obbligatorietà dell'estensione del campione in caso di codifiche non corrette.</li></ul>
----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Attività di controllo del Servizio Assistenza Farmaceutica

- Analisi dei volumi di prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto sia a livello aziendale che distrettuale al fine di porre in essere azioni necessarie a ripianare eventuali criticità prescrittive, mantenendo il trend di crescita della percentuale in termini di DDD (Denined Daily Dose - dose giornaliera di un farmaco definita dall'Organizzazione Mondiale Sanità) registrato nell'anno 2007;
- Analisi dell'appropriatezza prescrittiva, in collaborazione con UdS Osservatorio Epidemiologico e Sistemi Informatici per l'elaborazione informatica dei dati prescrittivi, di categorie farmacologiche particolarmente prescritte e soggette a specifiche Note AIFA quali, le statine, gli inibitori di pompa protonica, gli inibitori delle COX-2 e gli antimicrobici;
- Analisi dei piani terapeutici di farmaci ad alto costo e con profilo rischio - beneficio critico (Note AIFA n 39, 40, 51, 74) utilizzati nel trattamento di patologie complesse che richiedono accessi frequenti alla Struttura ospedaliera, la cui prescrizione specialistica, inoltre, è soggetta a particolare indicazioni registrate dall'AIFA (l'eventuale controllo in doppio dei dati cartacei dei Piani terapeutici con il dato informatico delle prescrizioni farmaceutiche viene effettuato in collaborazione con UdS Osservatorio Epidemiologico e Sistemi Informatici);
- Svolgimento dei colloqui informativi - conoscitivi con i Medici di Medicina Generale individuati quali iper-prescrittori aziendali, al fine di promuovere un governo oculato della spesa Sanitaria ed un uso il più possibile razionale del farmaco, in collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie e l'U.O. Cure Primarie dei Distretti;

## **PIANO ANNUALE DI CONTROLLO E VIGILANZA STRUTTURE SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI**

### **Attività del Servizio vigilanza strutture socio sanitarie**

Nell'ambito dei propri compiti istituzionali di programmazione, acquisto e controllo l'ASL garantisce la funzione di verifica/monitoraggio dei requisiti di esercizio, di accreditamento e dell'appropriatezza delle prestazioni delle Unità d'offerta sociosanitarie e socio assistenziali.

L' U.O.C. Accreditamento, Vigilanza e Controllo effettuerà – nel 2009 – almeno una visita ispettiva presso ciascuna delle n. 131 Unità d'offerta sociosanitarie presenti sul territorio dell'ASL di Como al fine di:

- tutelare i cittadini in condizioni di fragilità ospiti di Unità d'offerta sociosanitarie;
- garantire l'uso appropriato delle risorse di sistema;
- assicurare la corretta competizione tra gli Enti gestori;
- incentivare forme di autocontrollo da parte degli Enti gestori.

Il monitoraggio riguarderà, in particolare la verifica dei requisiti strutturali, tecnologici, igienico sanitari, gestionali, organizzativi e verrà controllata l'appropriatezza delle prestazioni per almeno il 10% dei Fascicoli Sanitari e Sociali degli ospiti presenti in ciascuna Unità d'offerta.

Ulteriori aspetti che saranno oggetto delle verifiche riguarderanno:

- le Dichiarazioni di inizio Attività;
- i nuovi accreditamenti;
- i Piani di adeguamento;
- la correttezza dei flussi informativi inoltrati dalle Unità d'offerta;
- il monitoraggio delle liste d'attesa;
- l'attività svolta da Persone giuridiche private – Associazioni e Fondazioni – che gestiscono Unità d'offerta sociosanitarie, ai sensi degli artt. 23 e 25 del Codice Civile;
- le Unità d'offerta sociali.

## **SALUTE MENTALE**

### **PSICHIATRIA**

Nella provincia di Como l'assistenza di ricovero acuto e territoriale della malattia mentale è gestita interamente dall'Azienda Ospedaliera Sant'Anna con 3 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), 4 Centri Psico Sociali (CPS) e un insieme di ambulatori.

I 47 posti letto (pl) attivi e a contratto garantiscono 0,8 pl per 10.000 abitanti. I posti sono così distribuiti:

- Presidio di Cantù 11 posti letto, con indice di saturazione del 111,8%
- Presidio di Menaggio 12 posti letto, con saturazione del 92,53%
- Presidio di Sant'Anna 14 posti letto, con saturazione del 90,57%.

Il SPDC di Como si articola in 2 unità operative (UU.OO.); ogni UU.OO. ha almeno un presidio psico sociale (CPS - ambulatori) così come di seguito riassunto:

- CPS di Como - UOP 6 – Presidio Ospedaliero di riferimento: Sant'Anna – Como;
- CPS di Appiano Gentile - UOP 65 – Presidio Ospedaliero di riferimento: Sant'Anna – Como;
- CPS di Ossuccio - UOP 7 – Presidio Ospedaliero di riferimento: P.O. di Menaggio;
- CPS di Cantù - UOP 8 – Presidio Ospedaliero di riferimento: Sant'Antonio Abate – Cantù.

I presidi psico sociali sono articolati oltre alle 4 sedi centrali sopraindicate (che garantiscono un indice complessivo di 0,7 strutture per 100.000 abitanti), anche da un insieme di ambulatori periferici che assicurano una capillare assistenza sul territorio: Nesso, Albese, Bellagio, Menaggio, Dongio, Porlezza, San Fedele, Novedrate, Cermenate, Cernobbio, Mariano Comense e Longone al Segrino.

### **Obiettivi di sviluppo 2009:**

- avvio del progetto di sperimentazione gestionale pubblico - privato "Vita Nova". L' AO Sant' Anna è stata autorizzata dalla Regione Lombardia all'attuazione di questo progetto che è finalizzato al miglioramento della qualità del servizio offerto all'utenza e permetterà di effettuare gli investimenti necessari alle opere di ristrutturazione e riqualificazione degli edifici in cui avranno sede le strutture residenziali oggetto del progetto. E' stata individuata l' "ATI S. Giuseppe – Sant'Andrea" come partner dell'Associazione in partecipazione. Il progetto prevede la gestione diretta anche di alcuni posti di residenzialità leggera e la proposta progettuale di implementazione di ulteriori servizi previo parere dell'OCSM e della Direzione Generale Sanità;
- rafforzamento del ruolo dell'OCSM: confermare la sua funzione integrativa anche attraverso la condivisione di sistemi di monitoraggio dei processi e degli esiti e progetti per la promozione della salute mentale nella comunità. E' inoltre necessario un maggiore sviluppo del collegamento tra Psichiatria e NPI, anche al fine di una migliore gestione dei giovani pazienti che fuoriescono dai percorsi della Neuropsichiatria Infantile;
- monitoraggio dai programmi di residenzialità leggera attivati e stima del bisogno provinciale per questa tipologia di programma al fine di un' eventuale implementazione;
- monitoraggio e controlli su aree a rischio di inappropriata attività territoriale e della residenzialità psichiatrica;
- verifiche sul mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento delle strutture psichiatriche;
- garantire l'uso appropriato dei farmaci psichiatrici.

### **NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA**

Nel 2008 è stata aperta la nuova struttura di neuropsichiatria infantile dell' Istituto Villa Santa Maria di Tavernerio. Nel nuovo edificio trovano sede il Centro Diurno, frequentato da circa 70 ospiti, due Strutture Residenziali terapeutico riabilitative per un totale di 22 posti letto e l'attivazione di una nuova Unità Operativa. Questa nuova U.O. comprende: un polo territoriale per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali di NPI e un'ulteriore struttura residenziale terapeutico riabilitativa di 10 posti letto destinata all'implementazione di un progetto d'intervento per quadri di subacuzie.

### **Obiettivi di sviluppo 2009:**

- avvio del progetto di sperimentazione gestionale pubblico - privato "Vita Nova". La sperimentazione include anche il presidio riabilitativo di neuropsichiatria infantile di Asso;
- rafforzamento del ruolo dell'organismo di coordinamento per la NPPIA e il collegamento tra la stessa area di attività con l'intero sistema di offerta in ambito psichiatrico. E' necessario individuare nuove strategie tese ad una integrazione tra i diversi attori che operano in questo specifico settore;
- valutazione dell'opportunità di sviluppare ulteriormente progetti di assistenza diurna nell'ambito della NPPIA.

## **ASSISTENZA FARMACEUTICA**

Il Servizio Assistenza Farmaceutica, ha delineato per l'anno 2009 progettualità e obiettivi che prevedono le seguenti azioni:

- Incentivazione alla prescrizione ed utilizzo di farmaci a brevetto scaduto attraverso momenti informativi rivolti alla cittadinanza e agli MMG e PDF;
- Realizzazione di giornate formative sulle note AIFA ai Medici specialisti operanti nelle strutture di ricovero e cura della nostra provincia.
- Aggiornamento continuo della lista dei farmaci equivalenti disponibili sul mercato, resa disponibile e fruibile a tutti i MMG e PDF mediante note informative e pubblicazione sul sito Aziendale nonché promozione della prescrizione degli stessi.
- Continuo aggiornamento del Prontuario delle dimissioni, in collaborazione con le strutture di ricovero e cura del nostro territorio.
- Continuo aggiornamento anche nel 2009 dei Percorsi Diagnostici Terapeutici aperti nell'anno 2008 (HIV, Artrite Reumatoide, Osteoporosi) con le strutture di ricovero e cura del nostro territorio.
- Proroga fino alla fine dell'anno 2009 della convenzione tra la Regione e le Associazioni sindacali delle farmacie convenzionate pubbliche e private e con l'Associazione Distributori Farmaceutici per la distribuzione dei farmaci inclusi nel PHT.
- Continuo sviluppo e miglioramento di progetti di farmacovigilanza già in atto volti a migliorare la "qualità sanitaria" e la conoscenza delle specialità medicinali più utilizzate nel nostro ambito provinciale per un loro corretto uso, sia da parte dei cittadini che di tutti gli operatori sanitari, con incontri mirati presso le strutture di ricovero e cura.
- Verifica dell'appropriatezza prescrittiva degli specialisti, MMG e PDF mediante:
  - controllo delle indicazioni terapeutiche registrate riportate in scheda tecnica;
  - controllo dei piani terapeutici di farmaci soggetti a particolari note AIFA (nota AIFA 93, 40,51 e 74) e appartenenti a categorie terapeutica particolarmente prescritte (Inibitori di pompa protonica, Statine, COX, Antimicrobici);
  - aggiornamenti continui ai MMG sulle note AIFA.
- Verifica e controllo dei farmaci oncologici ad alto costo con scheda.

## **INNOVAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI**

### **Azioni previste per ADI / Anziani / Disabili**

- Proseguimento del monitoraggio delle liste d'attesa per ricovero in RSA, ai fini programmatori e per la promozione della qualità dei dati trasmessi;
- realizzazione di almeno una iniziativa formativa, rivolta agli operatori delle UVMT distrettuali, centrata sulla completezza e qualità delle risposte alla domanda di informazione e orientamento dell'utenza su disabilità e non autosufficienza;
- avvio del processo di integrazione fra Uffici di Piano e Distretti socio – sanitari finalizzato alla predisposizione di punti unici di informazione sulle non autosufficienze;
- predisposizione di una prima raccolta di dati anagrafici su assistiti non autosufficienti;
- avvio del processo di integrazione fra Uffici di Piano e Distretti socio – sanitari finalizzato alla predisposizione di Piani di Assistenza (domiciliare) Individualizzati integrati;
- proseguimento, nell'ambito del Tavolo tecnico sui percorsi istituito dall'Organismo di Coordinamento di Neuropsichiatria infantile, dell'analisi di criticità connesse ai percorsi di riabilitazione e assistenza a soggetti minori disabili;
- realizzazione di un percorso tecnico di approfondimento sulle caratteristiche degli ospiti e dell'assistenza erogata dalle Comunità socio sanitarie per disabili (CSS);
- individuazione, anche attraverso l'analisi dei dati SOSIA, dei profili di RSA compatibili con funzioni di sostegno alle dimissioni ospedaliere di soggetti fragili.

### **Attività del servizio dipendenze**

I dati più salienti del settore registrate nel 2008 e in previsione 2009 sono:

- Aumento dei soggetti in cura presso i Sert e in particolare dei cocainomani correlato all'aumento dei consumi sia di eroina che di cocaina e alla capacità di attrazione dei servizi. Sarà attivo dal 2009 il Centro "Porto Franco" per i soggetti dipendenti da cocaina gestito dall'ente accreditato Arca di Como ad alta integrazione con il Sert.
- Diffusione dei consumi tra i giovani di alcol e sostanze psicostimolanti. In implementazione delle azioni di contrasto attivate nel 2008 nelle scuole e sul territorio si svilupperanno azioni su più fronti: implementazione dell'Osservatorio Dipendenze, interventi di prevenzione nelle scuole, sviluppo e coordinamento della rete per una prevenzione efficace secondo linee guida regionali (scuola, Piani di Zona, Terzo Settore), rafforzamento dell'integrazione tra Sert e Consultori Familiari ASL per le azioni rivolte ad adolescenti e giovani assuntori (équipe integrate per i giovani segnalati 309/90 attraverso protocollo con Prefettura).
- Aumento dei soggetti assistiti presso il carcere. Nel 2009 si implementeranno le azioni di riabilitazione intramuraria a cura del Sert e la rete esterna territoriale per l'inclusione sociale in area penale.
- Aumento della complessità clinica degli assistiti per comorbilità psichiatrica. E' stato avviato nel 2008 un percorso formativo integrato Sert/DSM ed è stato definito un protocollo per la migliore gestione integrata dei pazienti con doppia diagnosi che si concretizzerà in termini operativi nel 2009.
- Progetti di reinserimento lavorativo nelle strutture accreditate che si svilupperanno nel 2009.
- Progetto di prossimità Drop-in notturno gestito dall'Ass. Vol. Lila di Como che proseguirà nel 2009.

## **PROGETTI INNOVATIVI E DI INTERESSE REGIONALE**

### **Gestione informatica dei flussi documentali**

Il progetto riguarda la creazione di un nuovo sistema di gestione informatica dei documenti, unico per tutto l'ente, organizzato con l'uso di protocollo informatico, scanner, web internet/intranet ed un nuovo ambiente digitale condiviso - con vari livelli di abilitazione per gli operatori - che consentirà un perfezionamento del sistema di gestione informatica delle relazioni tra documenti, nonché lo smistamento elettronico della documentazione in arrivo.

Il sistema si propone di conseguire, quali obiettivi di carattere generale:

- efficienza amministrativa, da realizzare mediante il collegamento tra i documenti confluenti nell'adozione dei provvedimenti finali.
- trasparenza e tempestività delle operazioni di accesso agli atti e alle informazioni.
- semplificazione amministrativa, attraverso la costituzione di una base per gli scambi di dati e informazioni per via telematica tra i cittadini e l'Azienda e tra l'ASL e le altre Pubbliche Amministrazioni;
- snellimento attività di individuazione responsabile del procedimento ed azioni di verifica interna sulle attività svolte dalle diverse articolazioni aziendali.
- semplificazione delle ricerche di documentazione in corso di trattazione, o già archiviata secondo il sistema interno di classificazione archivistica.

### **Coordinamento Interaziendale domanda-offerta**

Per promuovere lo sviluppo del ruolo di governance di sistema sul territorio provinciale, l'Azienda Sanitaria prevede altresì di attivare un progetto di "Coordinamento Interaziendale domanda-offerta", che si connota con una valenza tecnico-scientifica volta all'analisi dei bisogni sanitari e socio sanitari, nonché alla domanda espressa e all'offerta delle Strutture Erogatrici, finalizzata allo sviluppo di elementi di indirizzo per la stesura del documento annuale di programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari, al supporto per i livelli programmatori presenti sul territorio provinciale.

### **Determinazione dell'utilizzo delle droghe d'abuso nella città di Como, mediante valutazione dei loro residui metabolici nelle acque del depuratore municipale**

Come programmato nel 2008 l'ASL ha attivato con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" un programma di ricerca inerente la valutazione dell'utilizzo di droghe d'abuso nella città di Como.

Il progetto, il cui coordinamento è stato affidato al Dipartimento delle Dipendenze, si è concretizzato in un'indagine conoscitiva sul consumo di droghe illecite utilizzando la seguente procedura:

- Misurazione nelle acque non trattate del depuratore urbano della città di Como delle principali droghe d'abuso (cocaina, oppiacei, anfetamine e derivati della cannabis) e dei loro metaboliti. Le misurazioni sono state effettuate in campioni delle 24 ore, raccolte mediante campionatore automatico, e ripetute per 3 settimane (complessivamente 21 giorni).
- Le concentrazioni sono servite per calcolare i carichi delle droghe veicolati giornalmente al depuratore stimando così il numero di dosi utilizzate dalla popolazione afferente.
- I dati vengono quindi confrontati con quelli ottenuti precedentemente in altre città Italiane.

Obiettivo finale è quello di verificare tra la popolazione generale di Como l'entità del problema di abuso di sostanze psicoattive rispetto ad altri contesti metropolitani.

L'analisi dei dati è in parte ancora in corso e il report dei risultati finali della ricerca sarà disponibile nei primi mesi del 2009.

### **Sostegno alla genitorialità**

Con DGR N. VIII/8440 DEL 19.11.2008 è stato approvato e cofinanziato il progetto biennale (2009/2010) "Insieme per l'aiuto alla famiglia ed il sostegno alla genitorialità: la rete è più della somma delle singole parti" nell'ambito del Bando regionale "Fare rete e dare tutela e sostegno alla maternità" per la presentazione di progetti a carattere sperimentale, coordinati a livello regionale, ai sensi dell'art 4, comma 9, lettere a) e d) LR n. 23/99 "Politiche regionali per la famiglia".

Suddetto progetto, di cui l'ASL è l'ente capofila - in partnership con il Centro di Aiuto alla Vita di Mariano Comense, il Consultorio Familiare La Casa di Erba, il Centro di Solidarietà della Compagnia delle Opere Banco di Solidarietà di Como ed il Centro di Aiuto alla Vita di Erba - prevede protocolli di collaborazione con gli

Uffici di Piano, Istituzioni scolastiche, Associazioni di Volontariato, Federfarma ed Aziende specializzate in prodotti per l'infanzia.

### **Cure Palliative Oncologiche**

L'ASL si impegna a promuovere l'integrazione e la continuità dell'assistenza all'interno dei servizi del macrolivello territoriali (medicina di famiglia (medici di medicina generale e pediatri di famiglia) – residenzialità – domiciliarietà).

### **Registro Tumori**

"Implementazione di un registro dei tumori nelle Province di Como e Lecco e sua integrazione con BDA e ROL." Prosecuzione del progetto in partnership ASL di Como e ASL di Lecco – capofila ASL Como.

Obiettivi del Registro Tumori sono:

- Sorveglianza e controllo della patologia tumorale: stima dell'incidenza e prevalenza; eventi sentinella.
- Studi di sopravvivenza per la valutazione della qualità delle cure.
- Valutazione dell'efficacia degli interventi con particolare attenzione alle attività di screening.
- Supporto nella valutazione e studio dei Percorsi Diagnostico Terapeutici.
- Supporto alla pianificazione, programmazione e valutazione degli interventi sanitari sulla scorta di una consapevole conoscenza della realtà.

Le azioni del secondo anno di progetto (anno 2009) sono finalizzate a:

- Completamento processo di implementazione del Registro.
- Utilizzo di tutte le fonti disponibili (es. farmaceutica, File F, ROL).
- Incidenza 2003 per tutti i tumori con IARC Check.
- Incidenza 2004 e 2005.

La possibilità di produrre anni di incidenza indicati e i successivi è strettamente legata alla disponibilità di ulteriori risorse umane dedicate ed adeguatamente formate.

Nel secondo anno di attività e negli anni successivi si prevede di mantenere la consulenza con l'Istituto Nazionale Tumori di Milano, ancorché rimodulata in base alle nuove esigenze.