



**Coordinamento della Lombardia  
degli Ordini  
dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica  
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,  
della Riabilitazione e della Prevenzione**

**Prot.n. 009/2020**

Milano, 28 aprile 2020

Spett.le III Commissione Sanità  
Regione Lombardia

c.a. Presidente Dott. Emanuele Monti  
[IIIcommissione@consiglio.regione.lombardia.it](mailto:IIIcommissione@consiglio.regione.lombardia.it)

c.a. Consiglieri III Commissione Sanità  
Regione Lombardia

**Oggetto: Osservazioni e Proposte di Emendamenti al Piano Sociosanitario integrato Lombardo 2019-2023**

Con la presente si trasmette in allegato la documentazione in oggetto, chiedendo che venga acquisita agli atti della presente commissione, in occasione dell'Audizione che si terrà in data 29/04/2020 con gli scriventi.

Con i migliori saluti,

Diego Catania  
Presidente Ordine TSRM e PSTRP Milano, Como, Lecco, Lodi, Monza Brianza, Sondrio e del  
Coordinamento della Lombardia Ordini TSRM e PSTRP

Guido Muzzi  
Presidente Ordine TSRM PSTRP Bergamo

Luigi Peroni  
Presidente Ordine TSRM PSTRP Brescia

Pierluigi Ferrari  
Presidente Ordine TSRM PSTRP Cremona

Stefano Feroldi  
Presidente Ordine TSRM PSTRP Mantova



**Coordinamento della Lombardia  
degli Ordini  
dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica  
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,  
della Riabilitazione e della Prevenzione**

Luigi Cei  
Presidente Ordine TSRM PSTRP Pavia

Elena Cossa  
Presidente Ordine TSRM PSTRP Varese



## **Coordinamento della Lombardia degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione**

### **CONSIDERAZIONI IN PREMESSA**

La presente proposta di “Piano Sociosanitario integrato 2019-2023”, analizzando i bisogni dei cittadini lombardi, individua 5 aree di priorità privilegiando un forte orientamento allo sviluppo dei processi di “cure” e al potenziamento dei servizi sociosanitari, relegando la prevenzione e la medicina d’iniziativa a un ruolo marginale. Nel dichiarare i principi generali di programmazione coordinata del SSL, emerge ancora una visione ospedalocentrica, definita con una logica di “prestazione”. Non possiamo non prendere nota che in molte parti del piano si fa riferimento solo ad alcune professioni sanitarie che, pur fondamentali, non esauriscono i complessi sistemi organizzativi sanitari, sociosanitari e sociali, sia pubblici che privati. Tali sistemi, all’interno dei quali gli interventi multidisciplinari rappresentano la norma, trovano l’integrazione degli stessi attraverso l’apporto di tutte le professioni sanitarie, per le parti di loro competenza. Nel quadro generale di politiche per la valorizzazione delle competenze di ciascuna delle professioni afferenti a quest’Ordine - valorizzazione che solo in parte attiene agli aspetti economici e gerarchici all’interno delle aziende - occorre a nostro avviso che il piano, nella sua stesura definitiva, inserisca al suo interno, con piena titolarità, quelle professioni che, nei vari ambiti, sono parte imprescindibile.

Gli emendamenti al presente documento sono stati elaborati da tutte le 19 professioni afferenti al nostro Ordine. Emendamenti che non solo pongono in essere modifiche formali e sostanziali dovute ma che, nella loro sintesi, evidenziano la necessità di rimodulare paradigmi di azione ed implementare quelle innovazioni organizzative e procedurali che possono solo rendere più appropriato, sostenibile e ancor più forte il nostro SSR. Di seguito alcuni *focus* sugli emendamenti presentati.

**Multiprofessionalità.** La presa in carico delle persone con bisogno di salute può e deve essere gestita da tutte le professioni sanitarie che ruotano attorno alla singola persona. Necessitiamo, quindi, di équipe multiprofessionali, differenti e modulate nelle varie reti, nei vari percorsi, che, esaltando le diverse competenze in gioco, arrivano a definire anche diversi *case manager*, in base alle necessità principali delle persone, con l’obiettivo di favorire l’*empowerment* della stessa e dei suoi *care givers*.

**Percorsi di post-dimissione dall’ospedale (post acuzie) e presa in carico** nelle diverse strutture sul territorio (POT, RSA, Degenze di comunità). Bisogna definire in maniera precisa quali professioni sanitarie sono coinvolte. Non è pensabile che le persone non dimissibili immediatamente al domicilio, vengano inserite in strutture di degenza (a vari livelli di bisogno clinico-assistenziale-tecnico-riabilitativo) non ben definite nei loro aspetti organizzativi, non completamente strutturate a sostegno del territorio (ovvero senza poter permettere che nelle stesse si esplichino servizi rivolti al cittadino che possano de-saturare l’impegno a volte abnorme degli ospedali), senza un supporto adeguato per il recupero a una qualità di vita massima possibile (si pensi ad esempio all’aiuto dato dai professionisti sanitari nel campo della nutrizione, della riabilitazione, delle tecnologie assistive e in quelle situazioni particolari in cui un supporto delle professioni sanitarie tecniche è a sostegno della vita stessa).

**Reti della prevenzione, consultori, reti materno-infantile, salute mentale e sanità penitenziaria.** La nostra presenza è da potenziare e valorizzare, per permettere ai cittadini, alle famiglie di ricevere il massimo supporto, la miglior presa in carico possibile e la miglior guida nei vari percorsi socio-sanitari, realizzando quella integrazione e costruzione di rete che nel contesto dell’emergenza sanitaria si è mostrata di grande supporto ai cittadini.

**Formazione.** Si ritiene di sottolineare la necessità di valorizzazione delle professioni sanitarie all’interno del SSL. Sarebbe quindi opportuno prevedere quale strumento funzionale all’integrazione degli



## **Coordinamento della Lombardia degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione**

interventi sanitari, socio-sanitari e sociali, percorsi formativi promossi in seno alle ASST, IRCSS o ATS e aperti a tutti gli attori del sistema, siano essi dipendenti pubblici o privati, liberi professionisti o convenzionati. In questo modo la costruzione di una rete in risposta ai bisogni della cittadinanza risulta facilitata e agevolata.

La formazione di secondo livello, invece, è indubbiamente importante, ma deve trovare riscontro in possibilità professionali ed esperienze in ambito lavorativo.

**Sistema dei controlli.** Occorre sviluppare una raccolta dati che sia davvero utile alle statistiche e alle successive azioni da intraprendere per migliorare i sistemi, i processi e anche le interlocuzioni tra i vari *stakeholders*. Solo una valutazione dell'operato fatta da un professionista sanitario pari di chi l'ha effettuata, porta a cogliere tutti i risvolti sottostanti e a comprendere realmente come si attuino protocolli e processi in quella struttura.

**Valorizzare la capacità dirigenziale delle professioni sanitarie,** superando l'attuale organizzazione all'interno delle Direzioni e arrivando non tanto a dare una dirigenza "a pioggia", a cui anche noi rifuggiamo come concetto, ma a realizzare una Dirigenza mirata laddove vi siano i presupposti. A tal proposito si richiamano i documenti inviati in data 18 settembre 2019 in merito allo sviluppo delle professioni sanitarie.



**Coordinamento della Lombardia  
degli Ordini  
dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica  
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,  
della Riabilitazione e della Prevenzione**

**PROPOSTE EMENDAMENTI RELATIVI AL PSSR 2019-2023**

NOTA: le modifiche proposte sono indicate in grassetto, con specifica del paragrafo di riferimento.

- A pag. 2, INTRODUZIONE, dopo il punto 1 dell'elenco puntato, si suggerisce di inserire la frase seguente che diviene secondo punto dell'elenco puntato.

**“facilitare le precoci prese in carico attraverso il personale sanitario competente al fine di evitare diagnosi tardive, di limitare il ritardo di interventi appropriati che comportano anche un aumento della spesa personale delle famiglie. La diffusione di proposte terapeutiche inadeguate attuate da operatori non professionisti sanitari confonde i cittadini.”**

E ancora:

**“Investire nella prevenzione e promozione della salute a tutela del benessere dei cittadini mediante l’attivazione di una rete territoriale di competenze specifiche dedicate, cui affidare l’individuazione dei bisogni di salute, l’identificazione del rischio, il monitoraggio comunitario e lo studio di patologie emergenti.”**

- A pag. 14, capitolo PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE, paragrafo LINEE STRATEGICHE, al termine del primo capoverso si propone di aggiungere:

**“A disposizione di tale strumento dovranno essere chiamate ad intervenire anche tutte quelle figure professionali ad oggi non strutturate nella preventiva pubblica, ma che hanno la peculiarità di promuovere la salute dei cittadini (es. Dietisti, Igienisti Dentali, ...)**

- A pag. 15, capitolo PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE, paragrafo LINEE STRATEGICHE, quinto paragrafo

“tutelare la salute e sicurezza del cittadino/lavoratore/consumatore negli ambienti di vita e di lavoro attraverso: il contrasto al fenomeno infortunistico e delle malattie professionali, dell’esposizione a rischi chimici, **biologico** e ambientale, ...”

- A pag. 15, capitolo PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE, paragrafo LINEE STRATEGICHE, ultimo punto dell'elenco puntato.

“inserire la prevenzione nella gestione delle malattie croniche legate a fattori comportamentali (stili di vita) mediante un approccio integrato tra aspetti preventivi, di diagnosi precoce, terapeutici-assistenziali **e riabilitativi.**”

- A pag. 18, capitolo CONSULTORI FAMILIARI, al punto 1 dell'elenco puntato.

“Percorsi per il post nascita (allattamento al seno, depressione post partum, arricchimento della genitorialità, **percorsi mirati alla promozione dello sviluppo psico-motorio, oro-buccale e comunicativo-linguistico, percorsi mirati all’individuazione precoce di fattori di rischio per lo sviluppo delle funzioni adattive e dei disturbi del neurosviluppo**, ecc.)”

- A pag. 18, capitolo CONSULTORI FAMILIARI, dopo il punto 3 si propone di aggiungere il seguente punto:



**Coordinamento della Lombardia  
degli Ordini  
dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica  
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,  
della Riabilitazione e della Prevenzione**

**“la prevenzione primaria delle patologie orali in ogni fascia di età, con interventi professionali affidati a Igienisti Dentali”**

- A pag. 18, capitolo CONSULTORI FAMILIARI, dopo il punto 7 aggiungere il seguente punto:  
**“Per rispondere ai bisogni della donna e della famiglia, si consiglia l’introduzione di sistemi diagnostici a supporto della prevenzione, della diagnosi pre-natale e dell’accertamento di gravidanza nell’assistenza territoriale in capo ai consultori familiari, in collaborazione con personale sanitario tecnico qualificato e abilitato all’esecuzione di analisi decentrate (modello Point of Care Testing)”**

- A pag. 19, capitolo CURE PRIMARIE, al punto 5 dell’elenco puntato.  
“di integrazione della continuità assistenziale **e riabilitativa** nelle funzioni erogate dalle forme associate di cure primarie.”

- A pag. 19, capitolo CURE PRIMARIE, al punto 8 dell’elenco puntato.  
“la erogazione di diagnostica di primo livello, **in collaborazione con personale sanitario tecnico qualificato e abilitato all’esecuzione di analisi decentrate (POCT)**, che faciliti il mantenimento del paziente al suo domicilio anche con il supporto della telemedicina e attraverso esperienze in rete”.

- A pag. 19, capitolo CURE PRIMARIE, al secondo elenco puntato, punto 6.  
“la partecipazione a audit clinici per promuovere la qualità dell’assistenza **e della riabilitazione**;

- A pag. 20, capitolo DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA, paragrafo CRONICITÀ, al secondo capoverso.

“Il progetto pone al centro del sistema il paziente e valorizza l’intero processo assistenziale e **di presa in carico** del malato cronico.”

- A pag. 20, capitolo DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA, paragrafo CRONICITÀ, 4 comma, al punto 3 dell’elenco puntato.

“la valorizzazione del ruolo del “case manager”, **individuato tra i vari professionisti sanitari in base alle principali problematiche della persona assistita**, che possa accompagnare, orientare e tutelare il malato e la sua famiglia nel percorso di cura”

Aggiungere dopo il punto 3:

**“la valorizzazione di percorsi di assistenza di alta professionalità, in capo alle professioni sanitarie non mediche (esempio il percorso di assistenza dei pazienti portatori di VAD effettuato dal Tecnici di Fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare)”**

- A pag. 20, capitolo DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA, paragrafo CRONICITÀ, al punto 4 dell’elenco puntato.

“la progressiva differenziazione del ruolo dell’Ospedale e della medicina territoriale nella presa in carico dei diversi pazienti anche sulla base dei differenti livelli di complessità e di intensità assistenziale **e riabilitativa**,”

- A pag. 20, capitolo DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA, paragrafo CRONICITÀ, al punto 5 dell’elenco puntato.



## **Coordinamento della Lombardia degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione**

“la attuazione di modalità proattive di individuazione dei soggetti con più elevato rischio, sia in ambito ospedaliero che nelle cure primarie, al fine di integrare le modalità di classificazione dei pazienti basata sulla BDA con la conoscenza della complessità clinica e sociale, anche per assicurare una tempestiva presa in carico dei soggetti più fragili dopo un evento acuto che ha determinato un peggioramento delle condizioni cliniche e **una compromissione** della autonomia;”

- A pag. 20, capitolo DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA, paragrafo CRONICITÀ, al punto 6 dell'elenco puntato.

“la valorizzazione della valutazione multidimensionale **e multiprofessionale** sia in ambito territoriale sia in ambito ospedaliero;”

- A pag. 21, capitolo DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA, paragrafo DISABILITÀ, dopo il primo punto dell'elenco puntato:

**“la procedura di semplificazione della fruizione dell'assistenza protesica da parte dell'assistito introdotta con DGR n. VIII/8370 del 22.12.2008 (che ha individuato anche il medico MMG (oltre al Medico di RSA) quale Medico Prescrittore per uno specifico sottoinsieme di ausili protesici; ed ha informatizzato il processo erogativo attraverso l'applicativo regionale Assist@nt-RL)”**

- A pag. 21, capitolo DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA, paragrafo DISABILITÀ, al quarto capoverso.

“Pertanto il Piano Assistenziale Individuale deve essere declinato all'interno del Progetto di vita, rispettoso delle scelte della persona e della famiglia, finalizzato ad sostenere la permanenza al domicilio, a realizzare una vita piena e di qualità, nonostante i limiti che la condizione di disabilità pone, coerentemente con le azioni avviate per la costituzione del Fondo unico per le disabilità, **e tenendo conto anche degli obiettivi della persona, in modo da permettere una maggior aderenza al percorso**”

- A pag. 22 capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO; 1 comma; aggiungere dopo il punto 7:

**“Permettere un'appropriata presa in carico della persona, attraverso le specifiche competenze dei Professionisti così come sancite dai rispettivi profili professionali;”**

- A pag. 22, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo DIMISSIONE OSPEDALIERA, al primo capoverso.

“Per attuare questo programma, è necessario sviluppare percorsi di cura che abbiano come base la valutazione multidimensionale **e multiprofessionale** e come finalità l'assistenza e **la presa in carico** olistica della persona, che siano basati su percorsi standardizzati “*evidence based*” e orientati all'appropriatezza e alla qualità.”

- A pag. 23, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo RIABILITAZIONE SPECIALISTICA, al primo capoverso.

“Le fonti legislative nazionali e regionali hanno ben delineato la necessità di assicurare servizi riabilitativi specialistici dopo eventi acuti cardio respiratori, neurologici, ortopedici, **traumatici**.”



## Coordinamento della Lombardia degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione

- A pag. 23, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo RIABILITAZIONE SPECIALISTICA, all'ultimo punto dell'elenco puntato.

“spostare o completare l'assistenza e **la presa in carico** riabilitativa al domicilio del paziente, sia nella fase precoce (post cardiocirurgica-ortopedica, **respiratoria, neurologica e traumatica**), ...”

- A pag. 23, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo DEGENZE DI COMUNITÀ; 3 comma.

Al termine del paragrafo aggiungere:

**“A sostegno di tali degenze, devono essere previsti modelli organizzativo-gestionali multidisciplinari, con attività di laboratorio decentrate (POCT Manager) a supporto di assistenza domiciliare, ambulatoriale e degenza”.**

- A pag. 23, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo DEGENZE DI COMUNITÀ; 4 comma.

“In tale contesto assume rilevanza l'accompagnamento della persona fragile in dimissione dall'ospedale, accompagnamento finalizzato, anche mediante specifici protocolli di dimissione protetta, a garantire la continuità della presa in carico anche attraverso modalità di collaborazione con strutture residenziali e semiresidenziali che possano sostenere il rientro graduale al domicilio e/o assicurare al domicilio **le cure assistenziali e riabilitative necessarie.**”

- A pag. 24, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo DEGENZE DI COMUNITÀ, comma 1.

“La gestione di questi servizi può essere affidata in toto o in parte ai medici di famiglia o a infermieri **ed altri professionisti sanitari** e trovare collocazione in ambiti intraospedalieri, extraospedalieri, nei POT o in RSA e possono differenziarsi per diversa intensità assistenziale e riabilitativa, oltre che per gli obiettivi di salute.”

- A pag. 24, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo POT, riga 3

“Si configurano quindi come strutture territoriali per la gestione ed erogazione di servizi di carattere sanitario e sociosanitario. Dovranno rappresentare un nodo funzionale della rete e operare promuovendo la collaborazione tra i diversi ambiti (Ospedale per acuti, domicilio, **riabilitazione**, servizi ambulatoriali e medicina di famiglia) e favorire la comunicazione tra gli operatori sul singolo percorso.”

- A pag. 24, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo POT, al termine del primo comma, riga 7.

“A tal fine, oltre ai medici specialisti, alcune degenze si potranno avvalere dei medici di medicina generale, che partecipano alla gestione clinica dei propri pazienti ricoverati, con differenti livelli di collaborazione nell'ambito di accordi specifici stipulati con la ASST e con l'ATS di riferimento, con ampia autonomia assistenziale e gestionale affidata all'infermiere **e/o ad altri professionisti sanitari.**”

- A pag. 24, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo POT, al secondo capoverso, riga 11.

“Nel prossimo quinquennio potranno, quindi, essere sperimentate forme di degenza affidate a personale infermieristico e **di altre professioni sanitarie**, in strutture collocate all'interno di un Ospedale per acuti



## Coordinamento della Lombardia degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione

o in strutture extraospedaliere, e dedicate a pazienti che necessitano di un ulteriore periodo di osservazione e assistenza **e riabilitazione** dopo la risoluzione di un evento acuto.”

- A pag. 24, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL’OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo POT, al terzo comma, riga 15.

“In tutte queste forme di degenza dovrà essere sviluppato il ruolo di “case management” **affidato a professionisti sanitari** e di programmazione di percorsi post dimissione e di presa in carico, favorendo, ove possibile, il rientro al domicilio.”

- A pag. 24, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL’OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo PreSST, al punto 2 dell’elenco puntato:

“attività programmata del medico di medicina generale a favore del paziente cronico, utilizzando in maniera condivisa il supporto infermieristico, **riabilitativo** e strumentazione diagnostica”.

- A pag. 24, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL’OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo PreSST, al punto 3 dell’elenco puntato.

ANNOTAZIONE: si chiede di poter precisare meglio nel testo se la possibilità di accesso da parte dei cittadini è per tutte le prestazioni sanitarie specialistiche e non solo di tipo medico.

- A pag. 24, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL’OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo PreSST, al punto 5 dell’elenco puntato.

“ambulatori per la cronicità a gestione infermieristica **e delle professioni sanitarie** (diabete **e piede diabetico**, BPCO, scompenso cardiaco, **patologie reumatiche, lesioni, patologie neurologiche**, ...);”

- A pag. 24, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL’OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo PreSST, all’ultimo punto dell’elenco puntato.

“servizi di informazione, accompagnamento e orientamento del paziente e della famiglia nella rete dei servizi, anche privati, per promuovere il pieno godimento dei diritti e per favorire l’accompagnamento della famiglia in tutto il percorso di cura **e riabilitazione** anche attraverso specifiche azioni di orientamento e supporto.”

- A pag. 25, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL’OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo CURE DOMICILIARI, al punto 2 dell’elenco puntato.

“evidenziare profili di cura rivolti a pazienti complessi, con specifiche necessità (quali ad esempio la dialisi domiciliare, l’assistenza **e la presa in carico** specialistica domiciliare per persone in condizione di dipendenza vitale (es. persone ventiloassistite o con tracheostoma o con nutrizione SNG, PEG o CVC) alimentazione) e identificare gli enti erogatori con caratteristiche gestionali ed organizzative adeguate agli stessi;”

- A pag. 25, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL’OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo CURE DOMICILIARI, al punto 3 dell’elenco puntato.

“sperimentare forme di assistenza e **presa in carico** domiciliare di bassa intensità, prolungate nel tempo, erogate in stretta connessione con il medico di famiglia **e i professionisti sanitari**, con finalità di educazione sanitaria, prevenzione del decadimento cognitivo e della cronicità, monitoraggio delle condizioni di salute e individuazione tempestiva delle situazioni di instabilità clinica;”

- A pag. 26, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL’OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo



**Coordinamento della Lombardia  
degli Ordini  
dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica  
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,  
della Riabilitazione e della Prevenzione**

CURE DOMICILIARI, tabella: Monitoraggio e valutazione, primo comma.  
“La variabilità tra i diversi erogatori di cure domiciliari e la diversa diffusione dei servizi nei territori, impongono la creazione e l'utilizzo costante di un set di indicatori **che includano l'attività e la reciproca integrazione dei professionisti sanitari** e finalizzati a individuare.”

- A pag. 26, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo CURE DOMICILIARI, tabella: Monitoraggio e valutazione, punto 5 dell'elenco puntato.  
“durata e l'esito dei percorsi assistenziali **e riabilitativi.**”

- A pag. 27, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo Telemedicina, secondo capoverso:

“Il controllo della malattia e il self management stanno cambiando grazie alla crescente diffusione di presidi sempre più affidabili e sicuri, in grado di guidare il paziente e il caregiver nelle opzioni terapeutiche. Permettono inoltre al case manager (**da individuare tra i vari professionisti sanitari in base all'area di competenza**) ...

- A pag. 27, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo Telemedicina, terzo capoverso:

“Permettono quindi di erogare una assistenza, **diagnostica e di riabilitazione** efficiente e sicura anche a distanza.

- A pag. 27, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo Telemedicina, sesto capoverso:

“Tra le diverse forme di telemedicina sono di particolare interesse la tele radiologia, la telecardiologia, la teleassistenza di malati respiratori, la tele riabilitazione e il teleconsulto, **in cui emerge la sinergia tra l'area medico specialistica e le professioni sanitarie tecniche diagnostiche, tecniche assistenziali e della riabilitazione**”.

- A pag. 28, capitolo PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO, paragrafo PIANO PER L'AUTISMO, al punto 1 dell'elenco puntato.

“diagnosi precoce, **predisposta dall'équipe multiprofessionale**, attraverso il coinvolgimento strutturato dei Pediatri di Libera Scelta (bilanci di salute), dei consultori, degli educatori dei nidi e degli insegnanti della scuola dell'infanzia;”

- A pag. 29, capitolo RETE SOCIOSANITARIA, al punto 1 del secondo elenco puntato.  
“rafforzare gli interventi a sostegno della domiciliarità, essendo questo il livello assistenziale in cui maggiormente si integrano i servizi della rete informale con effetti positivi in termini di qualità di vita e sostenibilità rispetto all'evoluzione dei bisogni **includendo tutti i professionisti sanitari**”.

- A pag. 30, capitolo RETE SOCIOSANITARIA, paragrafo MISURE A FAVORE DELLA POPOLAZIONE FRAGILE, dopo il punto 4 del secondo elenco puntato “consolidamento dell'offerta [...] non autosufficienti;”

Inserire il seguente nuovo punto all'elenco puntato:

**“- ampliamento dell'offerta riabilitativa presso la RSA con particolare attenzione alla riabilitazione di mantenimento e di valutazione e trattamento delle riacutizzazioni;”.**

- A pag. 33, capitolo SALUTE MENTALE E DIPENDENZE, paragrafo INTEGRAZIONE, comma 1, riga 4.



## **Coordinamento della Lombardia degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione**

“La L.R. 15/2016 – procedendo in questa integrazione – ha disegnato all’interno delle ASST un unico contenitore a cui afferiscono gli specifici Servizi: il DSMD (Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze) che ha quale mission la gestione unitaria dei diversi aspetti della salute psichica, nella certezza che cure **e interventi terapeutici e riabilitativi** meno **parcellizzati** e **frammentati** costituiranno per i pazienti e i loro familiari un indubbio vantaggio.”

- A pag. 33, capitolo SALUTE MENTALE E DIPENDENZE, paragrafo INTEGRAZIONE, comma 3.  
“L’approccio coordinato ha quali obiettivi prioritari il miglioramento della qualità delle cure **e degli interventi terapeutici e riabilitativi offerti**, il raggiungimento di maggiori risultati sia in termini di risoluzione delle problematiche che di decorso delle patologie, la diminuzione dei costi della malattia psichica a livello personale, familiare, sociale e, in definitiva, anche economico”.

- A pag. 33, capitolo SALUTE MENTALE E DIPENDENZE, paragrafo INTEGRAZIONE, Implementare Diagnosi precoce e interventi tempestivi, comma 5.  
“I Servizi Psichiatrici, le UONPIA e i Servizi per le Dipendenze condividono un’importante problematica: i lunghissimi tempi di latenza tra la comparsa dei primi sintomi e l’inizio delle cure; questo periodo di “malattia non trattata” incide fortemente sugli esiti delle cure **e degli interventi terapeutici e riabilitativi**, peggiorandone la prognosi, il decorso e la mortalità.

- A pag. 34, capitolo SALUTE MENTALE E DIPENDENZE, paragrafo INTEGRAZIONE, Potenziare la fiducia nei Servizi e nelle possibilità di cura, comma 2.  
“Lo sforzo organizzativo deve essere teso a generare un circolo virtuoso in cui l’intervento precoce dimostri la possibilità di ottenere risultati, diffondendo un approccio più realistico e ottimista e creando la fiducia imprescindibile per avviare qualsiasi percorso terapeutico **e riabilitativo**, in particolare nell’area della salute mentale.”

- A pag. 34, capitolo SALUTE MENTALE E DIPENDENZE, paragrafo INTEGRAZIONE, punto 4 dell’elenco puntato.

**“mantenendo la garanzia di una adeguata offerta di risorse ai pazienti nelle fasi più avanzate della patologia** potenziare l’operatività dei Servizi sulle fasce giovanili facendoli transitare dall’attuale prevalente impegno di risorse sui pazienti nelle fasi più avanzate della patologia all’intercettazione precoce e al trattamento tempestivo, multidisciplinare e integrato mediante prestazioni/interventi a costi standard definiti con l’utilizzo di risorse comunitarie, derivanti da analisi di quanto realizzato negli anni attraverso progetti di “prevenzione e limitazione dei rischi” specialmente nei luoghi del divertimento e dell’aggregazione giovanile.”

- A pag. 34, capitolo SALUTE MENTALE E DIPENDENZE, paragrafo PSICHIATRIA, comma 3.  
“Le stesse risorse oggi interamente dedicate alla residenzialità possono essere utilizzate per seguire un maggior numero di pazienti sul territorio in modo intensivo **anche attraverso la creazione di percorsi riabilitativi personalizzati** e al tempo stesso, attraverso un circuito virtuoso, liberare posti in Comunità per i pazienti in fase acuta o critica che non sempre trovano un’adeguata collocazione nella realtà attuale.”

- A pag. 34, capitolo SALUTE MENTALE E DIPENDENZE, paragrafo PSICHIATRIA, comma 4.  
“Al fine di realizzare concretamente un efficiente servizio di cure territoriali, è necessario riorganizzare i Centri Psicosociali, rafforzandone le competenze, differenziando i percorsi **terapeutici e riabilitativi** e l’organizzazione anche a seconda della tipologia dei pazienti che vi accedono, definendo i ruoli e l’autonomia gestionale dei diversi operatori sanitari e rafforzando le competenze di “case management”,



**Coordinamento della Lombardia  
degli Ordini  
dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica  
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,  
della Riabilitazione e della Prevenzione**

**a tale scopo è opportuno rivedere i criteri di accreditamento delle figure professionali, favorendo nel tempo l'implementazione delle figure della riabilitazione.**

- A pag. 35, capitolo SALUTE MENTALE E DIPENDENZE, paragrafo PSICHIATRIA, al terzo capoverso.

“Di particolare gravosità risulta la gestione dei Disturbi di Personalità, che in questi ultimi anni si sono rivelati particolarmente incidenti. Le Unità Operative e i Servizi che afferiscono ai DSMD devono raccordare la propria attività al fine di mettere in campo azioni integrate tra professionisti limitando la frammentazione della risposta socio sanitaria che spesso si traduce nella mancata aderenza al trattamento e **al percorso riabilitativo** con compromissione dell'esito in salute.

- A pag. 35, capitolo SALUTE MENTALE E DIPENDENZE, paragrafo NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA, al punto 1 dell'elenco puntato.

“L'introduzione di criteri di priorità mirati per gli accessi e per gli interventi terapeutici (triage) e **riabilitativi**, che tengano in considerazione età, profilo di funzionamento, comorbidità, fattori di rischio, modulando di conseguenza tempestività, intensità e specificità degli interventi e ponendo particolare attenzione ai primi anni di vita, all'età pre-adolescenziale, alle fasi di transizione e agli interventi sul contesto di vita;”.

- A pag. 37, capitolo SANITÀ PENITENZIARIA, al punto 4 dell'elenco puntato.

“in ambito della salute mentale e delle dipendenze: garantire una diffusa assistenza psichiatrica, psicologica e **interventi di riabilitazione**, anche per evitare il rischio suicidario, e la cura delle dipendenze;”

- A pag. 37, capitolo SANITÀ PENITENZIARIA, al comma 5 punto 6:

“in ambito diagnostico: sperimentare la possibilità di erogare interventi diagnostici o specialistici complessi in istituti penitenziari che possano fungere da “hub” per altri istituti, in una logica di rete, **prevedendo la promozione di modelli organizzativo-gestionali per attività di laboratorio decentrate** e anche attraverso la telerefertazione, la telemedicina e il teleconsulto”.

- A pag. 37, capitolo SANITÀ PENITENZIARIA, al comma 6.

“Per la realizzazione di questo programma occorre investire nella stabilizzazione di alcuni operatori sanitari, in particolare referenti clinici, psichiatri, infermieri e **operatori facenti parte dell'area della riabilitazione e della prevenzione** che possano garantire la qualità delle cure e l'equità all'accesso, un investimento tecnologico e informatico, una più stretta collaborazione tra le ASST e gli istituti penitenziari, al fine di assicurare le prestazioni specialistiche necessarie.”

- A pag. 39, capitolo RETE OSPEDALIERA, al punto 6 dell'elenco puntato.

“valorizzare il ruolo della professione infermieristica e **delle altre professioni sanitarie, affidando a esse** una più elevata autonomia organizzativa e gestionale, oltre che professionale...”

- A pag. 40, capitolo RETI CLINICO ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVE, al comma 4.

“Multidisciplinarietà e multiprofessionalità, evidence based medicine, nursing e **practice**, equità di accesso alle cure, definizione del ruolo dei diversi nodi della rete e dei diversi professionisti, continuità della presa in carico, centralità del paziente, promozione dei percorsi formativi, informazione della



## **Coordinamento della Lombardia degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione**

popolazione generale ed empowerment del paziente, sono i cardini che devono guidare lo sviluppo delle reti clinico-assistenziali.”

- A pag. 40, capitolo RETI CLINICO ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVE, al punto 1 dell’elenco puntato.

“Ambito clinico-assistenziale: sulla base dei dati epidemiologici, delle conoscenze scientifiche e della rilevazione continua dei risultati, i professionisti coinvolti nel percorso di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della specifica patologia/ situazione clinica, definiscono, **confrontano** e tengono aggiornati i percorsi di cura e assistenza, distribuendo tra i diversi setting le più appropriate modalità di accoglienza dei pazienti nelle diverse fasi;”

- A pag. 41, capitolo RETI CLINICO ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVE, al punto 1 dell’elenco puntato.

“Reti a prevalente sviluppo territoriale: riguardano le malattie croniche (diabete- BPCO- Scompenso cardiaco), sono basate sul ruolo prevalente del medico di medicina generale, che si avvale della consulenza specialistica **e delle professioni sanitarie**, e prevedono una forte responsabilizzazione del paziente nel percorso di cura;”

- A pag. 41, capitolo RETI CLINICO ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVE, al punto 4 dell’elenco puntato.

“Reti a forte integrazione assistenziale e sociale (rete demenze, rete autismo): richiedono l’attivazione di servizi sociosanitari, assistenziali, **riabilitativi** e sociali, multidisciplinari, fortemente integrati anche con la comunità locale e con la valorizzazione del ruolo di case management”

- A pag. 41-42, capitolo RETI PER L’ASSISTENZA MATERNO INEONATALE E PEDIATRICA ADOLESCENZIALE, al primo punto:

“Contestualmente vengono incentivati modelli organizzativi integrati, territorio-ospedale-territorio, che prevedano la gestione del percorso nascita a basso rischio gestito da un’ ostetrica di riferimento che, in rete con gli altri specialisti coinvolti, possa garantire la continuità dell’ intero percorso nascita (preconcezionale, prenatale, postnatale) e tutti gli interventi di educazione, promozione alla salute, sostegno alla genitorialità, anche attraverso il programma home visiting.”

Aggiungere:

**“A beneficio sia dei Centri di Medicina Materno fetale e terapia intensiva neonatale, che dei percorsi nascita a basso rischio, l’introduzione di sistemi diagnostici di primo livello, in collaborazione con personale sanitario tecnico qualificato abilitato all’esecuzione di indagini diagnostiche decentrate prenatali e post-natali”**

- A pag. 43, capitolo GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA, nel paragrafo relativo il Sistema di accoglienza:

“Un importante contributo ad una migliore accoglienza ed accessibilità può derivare dalla collaborazione interaziendale e interistituzionale (farmacie, servizi comunali, **aziende ortopediche accreditate/convenzionate**) e con le Associazioni dei malati, per un puntuale intervento informativo e di accompagnamento del paziente.”



**Coordinamento della Lombardia  
degli Ordini  
dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica  
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,  
della Riabilitazione e della Prevenzione**

- A pag. 44, capitolo ASSISTENZA FARMACEUTICA, al punto 9:

**“La valorizzazione dell’assistenza farmaceutica sul territorio attraverso nuovi servizi, con l’implementazione delle attrezzature sanitarie e sistemi diagnostici, in collaborazione con personale sanitario tecnico qualificato abilitato all’esecuzione di indagini diagnostiche decentrate”.**

- A pag. 45, dopo il capitolo ASSISTENZA FARMACEUTICA, inserire:

**“ASSISTENZA PROTESICA**

**Il tema dell’assistenza protesica è un tema di rilevanza sociale importante.**

**Le prestazioni di assistenza protesica sono incluse nei Livelli essenziali di assistenza e lo scopo dell’assistenza protesica è quella di garantire ai cittadini l’accesso a dispositivi ortoprotesici inclusi nell’allegato 5 del DPCM 12.1.2017 con il migliore profilo di costo-beneficio.**

**Con il nuovo assetto organizzativo, spetta alle ASST la parte erogativa e di gestione degli assistiti aventi diritto alle protesi e ausili.**

**Mentre le ATS della Regione devono assicurare:**

- **l’attività di verifica, controllo e monitoraggio dell’appropriatezza prescrittiva, erogativa e contabile dell’assistenza protesica**
- **l’attività di accreditamento dei Centri di prescrizione,**
- **la gestione dell’elenco dei Medici Specialisti Prescrittori delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate,**
- **la gestione dell’elenco dei Medici Specialisti delle RSA/RSD che accedono alle prescrizioni,**
- **la verifica dei requisiti e l’accredimento dei soggetti erogatori di protesi, ortesi e ausili di cui all’Elenco 1 del D.M. 332/99,**
- **la gestione delle anagrafiche dell’applicativo regionale Assist@nt-RL.**

**Le ASST e le ATS dovranno essere in grado in futuro di :**

- **sviluppare modalità operative innovative nell’organizzazione ed erogazione dei servizi di assistenza protesica in grado di garantire livelli di efficacia ed efficienza anche in situazioni emergenziali come quella verificatasi con il COVID-19, attraverso la sburocratizzazione dei processi amministrativi.”**

- A pag. 47, capitolo FORMAZIONE, paragrafo PERSONALE DEL COMPARTO E DELLA DIRIGENZA.

**“In accordo con il modello di Educazione continua in Medicina ECM, saranno promosse modalità di formazione con modalità tradizionali e con modalità innovative e a distanza. Regione Lombardia, annualmente, definirà i principali ambiti formativi necessari al perseguimento degli obiettivi di sviluppo del sistema sociosanitario regionale, da promuovere in ogni ambito professionale, con riferimento anche ai recenti aggiornamenti contrattuali e in termini di formazione università post base.”**

- A pag. 52, capitolo IL SISTEMA DEI CONTROLLI, al comma 3:



**Coordinamento della Lombardia  
degli Ordini  
dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica  
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,  
della Riabilitazione e della Prevenzione**

**“Livello ATS: i controlli successivamente descritti devono essere progettati come un’azione integrata, coordinata, per dare efficienza al sistema, semplificare l’attività burocratica delle imprese grazie ad un sistema integrato di procedure e condivisione dei risultati”.**

- A pag. 52, capitolo IL SISTEMA DEI CONTROLLI, al comma 4; riga 4.

“L’Agenzia esercita quindi un raccordo funzionale a garanzia della coerenza del sistema dei controlli sugli erogatori, nella veste di organismo tecnico scientifico indipendente che si avvale **di diversi professionisti che saranno impiegati, in gruppi multidisciplinari, nelle attività di controllo delle ATS inerenti alle operazioni svolte da loro pari.**”

Da aggiungere a pagina 52. Livello ATS: "i controlli successivamente descritti devono essere progettati come una azione integrata, coordinata, per dare efficienza al sistema, semplificare l'attività burocratica delle imprese grazie ad un sistema integrato di procedure e condivisione dei risultati.

- A pag. 53, capitolo POLITICHE DEL PERSONALE, al punto 4:

“l’interlocuzione con le amministrazioni centrali **e gli Ordini professionali**, volte ad assicurare adeguati standard di dotazione di personale negli enti del SSR”.