



# Regione Lombardia

## IL CONSIGLIO

IX LEGISLATURA

ATTI: 001137

SEDUTA DEL 17 NOVEMBRE 2010

DELIBERAZIONE N. IX /0088

Presidenza del Vice Presidente NICOLI CRISTIANI

Segretario: consigliere SPREAFICO  
Segretario provvisorio: consigliere MINETTI

### Consiglieri in carica:

ALBONI Roberto	FATUZZO Elisabetta	PESATO Vittorio
ALFIERI Alessandro	FERRARI Gianbattista	PIZZUL Fabio
ALLONI Agostino	FORMIGONI Roberto	PONZONI Massimo
AZZI Rienzo	FROSIO Giosuè	POZZI Giorgio
BARBONI Mario	GAFFURI Luca	PRINA Francesco
BELOTTI Daniele	GALLI Stefano	PURICELLI Giorgio
BETTONI Valerio	GIAMMARIO Giuseppe Angelo	QUADRINI Gianmarco
BIANCHI Dario	GIBELLI Andrea Angelo	RAIMONDI Marcello
BONI Davide	GIRELLI Gian Antonio	RINALDIN Gianluca
BORGHETTI Carlo	LA RUSSA Romano Maria	RIPARBELLI Dorianò
BOSCAGLI Giulio	LONGONI Giangiacomo	ROMEO Massimiliano
BOSSETTI Cesare	MACCARI Carlo	ROSSONI Giovanni
BOSSI Renzo	MARCORA Enrico	RUFFINELLI Luciana Maria
BOTTARI Claudio	MARELLI Alessandro	SAFFIOTI Carlo
BRAMBILLA Enrico	MARTINA Maurizio	SALA Mario
BUSCEMI Massimo	MAULLU Stefano Giovanni	SANTANTONIO Fabrizio
CARUGO Stefano	MINETTI Nicole	SOLA Gabriele
CATTANEO Raffaele	MIRABELLI Franco	SPREAFICO Carlo
CAVALLI Giulio	NICOLI CRISTIANI Franco	TOSCANI Pierluigi
CAVICCHIOLI Arianna	ORSATTI Massimiliano Gino	TOSI Stefano Natale
CECCHETTI Fabrizio	PAROLINI Mauro	VALENTINI PUCCITELLI Paolo
CIOCCA Angelo	PAROLO Ugo	VALMAGGI Sara
CIVATI Giuseppe	PATITUCCI Francesco	VILLANI Giuseppe
COLLA Jari	PAVESI Giovanni	ZAMBETTI Domenico
COLUCCI Alessandro	PEDRETTI Roberto	ZAMPONI Stefano
COSTANZO Angelo	PENATI Filippo Luigi	ZUFFADA Sante
CREMONESI Chiara	PERONI Margherita	

**Consiglieri in congedo:** BOSSI, COLUCCI, LA RUSSA, MAULLU, PONZONI, RAIMONDI e RIPARBELLI.

**Consiglieri assenti:** BONI, BRAMBILA, BUSCEMI, CATTANEO, CIVATI, FORMIGONI, PAVESI e PRINA.

**Risultano pertanto presenti n. 65 Consiglieri**

Assiste il Segretario dell'Assemblea Consiliare: MARIO QUAGLINI

**OGGETTO:** PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2010-2014.

**INIZIATIVA:** GIUNTA REGIONALE

**COMMISSIONE REFERENTE:** III

**CODICE ATTO:** PDA/0006

- stretto raccordo degli interventi garantiti dalla Regione, dalle province e dai comuni, sia a livello centrale che locale;
- impegno della Regione affinché si implementi la rete della terapia del dolore, attraverso la definizione del livello di terapia del dolore "di base", garantita dai medici di medicina generale e dei Centri di terapia del dolore di primo livello (definiti "Spoke") e di quelli di secondo livello (definiti "Hub");
  - definizione di un sistema di coordinamento delle reti, sia a livello regionale che locale, fondato su una puntuale definizione dei ruoli e delle funzioni, su una tassonomia e percorsi assistenziali condivisi;
  - potenziamento dei rapporti formali e informali fra il sottosistema delle cure palliative di base, centrato sull'attività dei MMG e delle *equipe* operanti a livello distrettuale, e quello di livello specialistico, costituito dal *network* delle Unità di Cure Palliative e degli *Hospice*, in particolare per la cura e assistenza al domicilio nelle sue differenti applicazioni e caratteristiche;
  - valorizzazione delle specificità delle cure palliative rivolte ai minori;
  - sviluppo delle attività delle organizzazioni *no profit* operanti nelle cure palliative, comprese le associazioni di volontariato, storicamente presenti nella nostra Regione e fondamentali nell'applicazione del principio della sussidiarietà orizzontale in questo settore;
  - sviluppo di un piano di formazione ed aggiornamento per il personale della rete di cure palliative anche con il coinvolgimento dei soggetti *no profit* operanti nella rete;
  - realizzazione di un percorso di informazione alla popolazione.

La Regione avvierà, sin dall'entrata in vigore del presente PSSR, le seguenti azioni:

- sviluppo del Progetto Ospedale - Territorio senza dolore, in integrazione fra ASL, AO e strutture sanitarie e socio sanitarie accreditate, secondo quanto previsto dall'articolo 6 della legge 38/2010, anche in considerazione delle esperienze regionali maturate con l'applicazione del Progetto "Ospedale senza dolore" frutto dell'accordo Stato-Regioni del 2001;
- monitoraggio dell'effettiva applicazione dell'articolo 7 della legge 38/2001 "Obbligo di riportare il dolore all'interno della cartella clinica", introducendo opportuni strumenti proattivi e correttivi.

Valutazione degli interventi finalizzati ad agevolare la prescrizione e l'utilizzo dei farmaci antidolorifici, in particolare degli oppioidi, in applicazione della legge 38/2010.

Per il raggiungimento di questi obiettivi e di quelli già declinati dal precedente PSSR la Regione Lombardia istituirà un gruppo di lavoro interassessorile con il compito di monitorare lo stato di realizzazione della rete delle cure palliative e della rete della terapia del dolore, sulla base delle leggi regionali di settore e della legge 38/2010, informando annualmente la Giunta e il Consiglio regionale.

## PIANI DI SVILUPPO

Nella direzione che condurrà ad identificare un sempre maggior numero di possibili interazioni tra differenti modelli e protocolli operativi, realizzabili in ambiti specifici di patologia, a completamento e guida del sistema dei *network*, appare necessario l'aggiornamento e, ove opportuno, la ridefinizione dei piani di sviluppo in determinate aree. In particolare verranno sviluppati dei piani che prevedano l'innovazione terapeutica, la riabilitazione attenta alle specificità del paziente fragile, l'umanizzazione delle cure e la

loro estensione a tutte le unità di offerta sanitarie e socio sanitarie. L'obiettivo è favorire il consolidamento dei "cluster sanitari", attraverso aggregati di nodi o centri di ricerca (universitari e non), ospedali e strutture sanitarie e socio sanitarie attorno a cui si sviluppino, in logica di *network*, altre strutture, per servizi e progetti industriali del mondo farmaceutico, biomedicale e *biotech*, per lo sviluppo tecnologico regionale.

Si ritiene inoltre opportuno raccogliere l'invito del Parlamento europeo a definire un programma di studio che, a partire dalla raccolta di dati e dal confronto delle esperienze sanitarie, permetta il riconoscimento della fibromialgia come malattia.

## TELEMEDICINA

I contesti di intervento della telemedicina, intesa nel senso più ampio del termine, supereranno la fase di sperimentazione locale per giungere ad una fase di implementazione su scala provinciale o regionale. L'obiettivo preliminare è l'identificazione della tipologia di paziente (e non solo di patologia) potenzialmente in grado di beneficiare del nuovo assetto organizzativo e del modello economicamente e funzionalmente più idoneo a garantire tutte le fasi di assistenza, attraverso centri di coordinamento dotati delle più avanzate tecnologie, anche innovative, in sinergia con l'industria, che siano in grado di ricevere i parametri clinici, al fine di prevenire episodi acuti e di ottenere la necessaria stabilizzazione possibile dei pazienti in stato di cronicità. L'attivazione di progetti su ampia scala costituisce uno dei percorsi per raggiungere questo obiettivo e uno degli strumenti più efficaci per la programmazione dei percorsi di cura in modo che ciascun soggetto, al manifestarsi del bisogno, si senta accompagnato fino al cessare del bisogno stesso. L'obiettivo finale è quello di guidare il cambiamento organizzativo e gestionale della sanità sulla base delle peculiarità geografiche e demografiche del territorio, per individuare soluzioni *ad hoc* (telemedicina ed *e-Health*) e territorializzare i necessari servizi in particolare quelli rivolti a persone in condizioni di fragilità con difficoltà ad accedere ai servizi, anche a supporto della medicina territoriale.

In questa prospettiva si sperimenteranno azioni organizzative/operative tra ASL e unità d'offerta socio sanitarie residenziali (persone anziane e persone con disabilità anche psichica), anche in collaborazione con le strutture di ricovero e cura, finalizzate ad agevolare il cittadino ospite delle strutture nei percorsi di diagnostica specialistica e a produrre riduzioni di costi sul sistema complessivo sanitario e socio sanitario.

## INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO

In un contesto di territorio modellato sulle reti di patologia i principali punti di raccordo della rete saranno i MMG, i PLS, le ASL, i soggetti erogatori di ricovero e cura e quelli extraospedalieri di specialistica ambulatoriale, nonché gli erogatori di prestazioni socio sanitarie che dovranno lavorare in sinergia attraverso una maggiore integrazione operativa. Verificati i benefici per gli utenti, sarà necessario dare maggiore enfasi alla costituzione di modelli di aggregazione nell'ambito della medicina generale, che rispettino le caratteristiche peculiari dell'assetto territoriale e del livello di integrazione già in essere. L'integrazione dovrà prevedere uno stretto collegamento tra sistema sanitario, socio sanitario e sociale, atta a garantire una continuità ed una semplificazione dei processi di accesso all'assistenza. Si provvederà ad attivare strutture di ricovero intermedie tra ospedale, (sub-acuta) ed ospedalizzazione domiciliare con monitoraggio H24, in grado di accogliere i pazienti nella fase *post* ricovero per i trattamenti meno complessi.