

Allegato 6

Piani regionali di settore e di sviluppo – Progetti e Ricerche

Nell'ambito delle iniziative per la promozione della qualità e l'efficacia, attraverso le politiche di governo clinico con l'obiettivo che ogni paziente riceva le prestazioni che producano il miglior esito possibile, in attuazione del PSN e di quanto definito dal PSSR 2007-2009 approvato con d.c.r. n.VIII/257 del 26 ottobre 2006, nel 2008 verranno continuati e sviluppati i piani di sviluppo regionali che definiscono le linee di indirizzo attuative dell'ambito oncologico, dell'ambito cardio-cerebrovascolare, del piano salute mentale, del piano sangue e saranno promossi interventi per l'integrazione ospedale-territorio nell'ambito delle cure primarie.

IL PIANO ONCOLOGICO

Viene confermata e ribadita la centralità del paziente che viene assistito nelle fasi della sua malattia, come definito dal piano oncologico approvato con d.g.r. VII/18346 del 23 luglio 2004 e confermato dal PSSR 2007-2009 e nell'ambito della Rete Oncologica Lombarda (ROL), nel duplice aspetto clinico-assistenziale e tecnologico.

In questa prospettiva acquisisce sempre più importanza lo sviluppo di programmi di ricerca e di progetti integrati a livello territoriale di ASL con i Dipartimenti Provinciali Oncologici (DIPO).

Dopo la validazione del prototipo ROL e l'integrazione col CRS-SISS, avviati nel 2007, obiettivi del 2008 saranno la prosecuzione delle fasi programmate di implementazione e diffusione della ROL con l'ulteriore definizione di linee guida per le patologie e lo sviluppo di progetti integrati.

Rete Oncologica Lombarda

Nel 2008 si prevede la prosecuzione delle fasi programmate d'implementazione e diffusione della ROL, confermando il coordinamento in capo alla Fondazione IRCCS Istituto dei Tumori di Milano, il supporto attraverso borse di studio o contratti a termine da destinare allo sviluppo della stessa.

In particolare, nell'ambito del progetto ROL saranno realizzate le seguenti attività:

1. Linee guida:

Saranno definite nuove linee guida, in aggiunta a quelle prodotte nel 2006 e nel 2007, per alcune tipologie di tumori, che verranno selezionate con il supporto della Commissione Oncologica Regionale.

2. Banca campioni biologici:

Progetto per realizzare una banca virtuale di tessuti e campioni biologici, attraverso la condivisione dei dati nell'ambito della rete.

3. Mappatura ROL:

Mappatura dell'offerta oncologica, sulla base di indicatori elaborati di concerto con la Commissione Oncologica Regionale.

Ad ulteriore implementazione della rete in tema di riabilitazione oncologica, che richiede competenze multidisciplinari e si presta al modello organizzativo in "rete" più che all'organizzazione per "centri specialistici" dedicati, saranno promosse attività volte a ottimizzare l'offerta.

Progetti integrati ASL

Per il 2008 sono individuate le seguenti tematiche a livello regionale da finanziare, dopo avere reso sistemici i risultati già attuati, e su cui chiedere la progettazione esecutiva alle ASL, in accordo con i DIPO (Dipartimenti Provinciali Oncologici):

- Sviluppo di progetti di implementazione della rete per le Cure Palliative, attraverso un'analisi dei bisogni nel territorio di pertinenza e la messa in opera di modelli organizzativi innovativi;
- sviluppo di progetti per valutare e promuovere l'uso appropriato dei farmaci off-label in oncologia;
- progetti innovativi nell'ambito dell'educazione alla salute e della prevenzione primaria dei tumori;
- sviluppo di programmi per la comunicazione sulla rete oncologica.

Piani di progetto

Le ASL che intenderanno proporre progetti integrati nel settore oncologico, dovranno trasmettere alla segreteria della Commissione Oncologica Regionale il progetto dettagliato, che verrà valutato avvalendosi dello Steering Committee della Commissione stessa.

L'esito della valutazione verrà proposto formalmente alla Direzione Generale Sanità, che concluderà l'istruttoria basandosi su valutazioni di coerenza programmatico-economico-gestionale di propria competenza.

Il termine di scadenza della presentazione dei progetti è fissato al 28 febbraio 2008.

Le modalità di presentazione sono demandate a successiva nota esplicativa.

Per le azioni collegate all'attuazione del Piano è previsto un finanziamento autonomo e finalizzato.

Sono premiate partnership/aggregazioni tra ASL sullo stesso progetto.

Il Piano Oncologico trova attuazione, nel 2008, anche attraverso le seguenti azioni:

- il potenziamento del ruolo delle ASL nell'ambito della Commissione Oncologica Regionale e dello sviluppo della rete oncologica attraverso la gestione dello strumento della banca dati assistito (BDA) per la programmazione, verifica e controllo;
- la prosecuzione del programma di formazione per il consolidamento dei DIPO, in stretta collaborazione con le ASL, con particolare riferimento ai seguenti temi:
 - comunicazione/coinvolgimento della medicina territoriale nel DIPO e nella ROL
 - integrazione al CRS-SISS dei sistemi gestionali aziendali necessari per la condivisione dei dati all'interno della rete oncologica;
 - strategie di fund-raising e partnerships nel DIPO, anche attraverso forme di collaborazione pubblico-privato;
 - strategie per promuovere le sinergie tra le associazioni di volontariato in oncologia.

Cure palliative

In merito alla gestione del malato in fase avanzata e terminale, un'azione da realizzarsi nel corso del 2008 riguarderà la definizione di indicazioni relativamente alle cure palliative domiciliari specialistiche, come punto qualitativo centrale nello sviluppo della rete di cure palliative. Per questo percorso di ospedalizzazione domiciliare cure palliative oncologiche, previsto quale momento di attuazione del piano oncologico, verranno stanziati, per l'anno 2008, risorse a favore di interventi specifici.

IL PIANO CARDIO CEREBROVASCOLARE (PCCV)

Gli elementi qualificanti derivati dai contenuti del piano, approvato con d.g.r. n. VII/10592 del 14 febbraio 2005, si concretizzano in una visione complessiva del percorso del paziente, che considera tutti gli elementi specifici relativi all'ambito di patologia, dove si attribuiscono ai singoli attori ruoli di centralità in un contesto organico e complessivo, integrato e continuo.

1. Prevenzione primaria e secondaria

Il PCCV sostiene interventi di prevenzione attraverso la promozione di corretti stili di vita e la rilevazione dell'entità del rischio specifico cardio-cerebrovascolare. Le azioni da realizzarsi nel 2008 riguarderanno il consolidamento delle attività già intraprese, abbinato ad interventi di analisi e programmazione degli aspetti farmacologici connessi e di organizzazione dei servizi sanitari ai vari livelli di cura.

In questo ambito appaiono strategici il coinvolgimento, la partecipazione e l'informazione dei cittadini per cui, tra l'altro, dovranno realizzarsi, con la fondamentale collaborazione dei medici di medicina generale e delle Aziende Sanitarie Locali, programmi specifici di informazione.

Sono pertanto previste campagne di promozione dei corretti stili di vita e l'ulteriore fase di somministrazione della carta del rischio alla popolazione target sensibile per età, genere e patologia, secondo criteri e quantificazione che verranno forniti con apposita circolare; l'attenzione sarà focalizzata sull'appropriatezza prescrittiva relativa ai farmaci per la cura della patologia cardiovascolare con l'obiettivo di definire, in contesti dimostratisi sensibili, modelli organizzativi di sviluppo e di implementazione delle analisi sui comportamenti prescrittivi dei MMG anche attraverso il corretto ed esteso utilizzo della BDA.

Tra le azioni da intraprendere, nel 2008, è inclusa la promozione di progetti in grado di incidere sui comportamenti prescrittivi dei MMG, con specifica attenzione alla appropriatezza, che riguarderanno le terapie per patologie cardiocerebrovascolari.

2. Aree di intervento in urgenza-emergenza

Nel 2008, sono previste azioni rivolte alla diffusione dei modelli di gestione della sindrome coronarica acuta direttamente sul territorio e in stretta integrazione con gli ambiti intra e interospedalieri, organizzati funzionalmente per garantire efficacia ed efficienza a interventi che sono strettamente tempo dipendenti.

In particolare, costituiscono una ulteriore azione, la defibrillazione precoce e l'implementazione dei relativi strumenti, unitamente alla formazione del personale, con particolare riferimento al soccorso di base ed a progetti che integrino realtà territoriali ad elevato rischio statistico epidemiologico.

Analogamente sono previste azioni orientate alla implementazione di modelli integrati per la gestione dell'evento cerebrovascolare acuto che privilegiano contesti organizzativi di forte integrazione con il sistema di soccorso sanitario preospedaliero e di stretta collaborazione funzionale intra ed interospedaliera e di interazione con le ASL.

L'ottimizzazione e la definizione di modelli organizzativi originali per la gestione della fase preospedaliera del soccorso sanitario, l'analisi di indicatori, anche utilizzando la modellistica matematica e i progetti specifici atti ad ottimizzare gli interventi decisionali, saranno un'ulteriore area di interesse per azioni volte alla ottimizzazione della gestione del paziente in fase acuta e degli eventi di maxiemergenza o straordinari.

3. Piani di progetto

Le strutture che intendono proporre innovazioni in ambito diagnostico terapeutico nel settore cardio-cerebrovascolare, devono trasmettere alla Direzione Generale Sanità il progetto dettagliato,

che verrà valutato avvalendosi dello Steering Committee della Commissione cardio-cerebrovascolare. L'esito della valutazione verrà proposto formalmente alla Direzione Generale Sanità, che concluderà l'istruttoria basandosi su valutazioni di coerenza programmatico-economico-gestionale di propria competenza.

Il termine di scadenza della presentazione dei progetti è fissato al 29 febbraio 2008.

Le modalità di presentazione sono demandate a successiva nota esplicativa.

Per le azioni collegate all'attuazione del Piano è previsto un finanziamento autonomo e finalizzato.

Le conseguenti attribuzioni per il cofinanziamento dei progetti saranno definite con specifici atti della Direzione Generale Sanità.

Sono premiate partnership/aggregazioni tra ASL sullo stesso progetto.

4. La Commissione regionale cardio-cerebrovascolare avrà tra i suoi compiti:

- elaborazione di strategie per la diffusione delle metodiche del calcolo del rischio CCV in modo da identificare ipertensione arteriosa, diabete mellito e dislipidemie familiari non note, al fine di realizzare interventi preventivi precoci e rilevare il rischio CCV a livello di popolazione lombarda e di singoli cittadini ed al fine di migliorare e razionalizzare gli interventi preventivi a livello di cure primarie con l'apporto di strutture specialistiche in casi selezionati;
- analisi e definizione di un modello di carta del rischio evoluto che consenta di affinare gli strumenti di valutazione e conseguente programmazione coerenti con il CRS-SISS;
- definizione, per gli eventi acuti, di modelli clinico-organizzativi del percorso del paziente con sindrome coronarica acuta, basata sull'estensione ed integrazione dei dati derivati da un registro regionale sull'IMA (Infarto Miocardico Acuto);
- per l'ambito della cronicità, individuazione di iniziative concrete da proporre ad ospedali e MMG, compresi gli strumenti di verifica dell'efficacia dell'iniziativa stessa, riguardanti la gestione dello scompenso cardiaco, con riferimento tecnico-organizzativo al documento di consenso "Il percorso assistenziale del paziente con Scompenso Cardiaco", sottoscritto dalle Società Scientifiche interessate;
- proposta di modelli di comunicazione tra ospedale e territorio, in stretta aderenza con quanto previsto dal CRS-SISS;
- proposta di modelli organizzativi: per il miglioramento dell'aderenza alla terapia, del riconoscimento precoce dei sintomi d'instabilità e della continuità ospedale-territorio;
- identificazione di modelli di integrazione in ambito riabilitativo;
- identificazione di una sottocommissione di interesse trasversale con l'obiettivo di elaborare protocolli di utilizzo delle nuove tecnologie di bioimaging.

5. Telesorveglianza (Nuove Reti Sanitarie)

Per l'anno 2008 è confermato il proseguimento della sperimentazione dei percorsi di telesorveglianza e ospedalizzazione domiciliare di cui alla dgr 2471 dell'11 maggio 2006 per le strutture già autorizzate.

IL PIANO REGIONALE SANGUE

Al fine di perseguire l'obiettivo del processo di miglioramento continuo del sistema sangue regionale, come indicato dalla l.r. 05/05 e ribadito dai dispositivi normativi nazionali (D.lgs. 191/05 e L. 219/05), nel 2008 si dovrà focalizzare l'attenzione su quegli obiettivi di piano ritenuti necessari ed indispensabili, al fine di garantire la massima sicurezza e qualità del sistema trasfusionale, a tutela del donatore di sangue e del ricevente.

Ritenuto imprescindibile, e comunque prioritario, l'aspetto programmatico finalizzato al mantenimento e perseguimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti ed emoderivati, che vede attori tutti i servizi trasfusionali della Regione e le Associazioni e le Federazioni di donatori di sangue, sulla scorta anche dell'imminente recepimento delle direttive comunitarie 2005/61/CE e 2005/62/CE, rispettivamente, in tema di prescrizioni per la rintracciabilità e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi e di norme e di specifiche relative ad un sistema di qualità per le strutture trasfusionali coinvolte nel processo donazione-trasfusione, le priorità nel 2008 saranno quelle di:

- definire un modello organizzativo trasfusionale che, in un'ottica di razionalizzazione di risorse e in linea con quanto previsto dalla normativa nazionale, preveda la separazione tra le attività di produzione e le attività di servizio con la riorganizzazione delle attività a livello interaziendale e con il coinvolgimento del Dipartimento di Medicina Trasfusionale ed Ematologia (DMTE);
- mantenere e aumentare i livelli di sicurezza produttiva del Sistema Sangue con strumenti e metodologie necessari al controllo della qualità del processo trasfusionale, dalla promozione dell'associazionismo volontario, periodico, anonimo e non remunerato, alla standardizzazione di tutte le procedure trasfusionali attraverso protocolli operativi, alla informatizzazione delle strutture trasfusionali;
- definire i criteri dell'accreditamento per le strutture trasfusionali e dei centri di trapianto di cellule staminali emopoietiche;
- sostenere le Associazioni e le Federazioni di donatori di sangue e le Associazioni dei Pazienti, nella promozione e nello sviluppo della donazione, nel miglioramento degli stili di vita e nella promozione della salute, secondo le necessità indicate dalla programmazione regionale in sinergia operativa.

In linea con quanto già attuato nel corso del 2007 ed in coerenza con i principi della l.r. 05/05 nonché dell'Accordo Stato Regioni del 10 luglio 2003, in tema di raccolta, manipolazione e impiego clinico delle cellule staminali emopoietiche, le attività delle strutture trasfusionali si svolgono in stretta sinergia con le strutture dedicate alle diagnosi, cura e follow-up dei pazienti ematologici, nell'ottica di una condivisione di obiettivi e di percorsi comuni.

Il fondo regionale per le attività progettuali previste dalla legge regionale, dovrà essere di importo equivalente a quello del 2007 e verrà destinato a progetti presentati entro il 28 febbraio 2008, secondo ulteriori e specifiche indicazioni definite mediante nota esplicativa.

Per le azioni collegate all'attuazione del Piano è previsto un finanziamento autonomo e finalizzato.

Sono da considerare a destinazione vincolata sia le assegnazioni per la remunerazione delle attività connesse alla sicurezza con metodica NAT e connesse all'attività di produzione del sangue e degli emocomponenti, sia le assegnazioni per la remunerazione delle attività connesse alla conservazione di cellule staminali cordonali e alla ricerca e conservazione del sangue raro attraverso le banche autorizzate. L'autosufficienza degli emoderivati va perseguita anche mediante forme di incentivazione di risultato legate alla misura del miglioramento quantitativo e qualitativo della plasmaderivazione, nonché attraverso forme di scambio interaziendale di materia prima destinata alla lavorazione industriale.

CURE PRIMARIE: LINEE DI INDIRIZZO PER PROGETTI DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

La riqualificazione delle cure primarie e la promozione della continuità assistenziale sono elementi fondamentali di un sistema sanitario improntato a principi di efficienza, efficacia, qualità e di autentica tutela di salute.

Tali obiettivi sono indispensabili al fine di ridurre il ricorso improprio al PS, garantire tassi di ospedalizzazione secondo gli standard, favorire l'accesso adeguato a servizi polispecialistici, Day hospital, Day surgery e per consentire al territorio di farsi carico delle necessità socio-sanitarie di molti pazienti, anche in una prospettiva di uso ottimale delle risorse e di reale risposta ai bisogni degli utenti.

In coerenza con gli impegni sottoscritti nel Patto per la Salute del 28 settembre 2006, in linea con il PSN 2006/2008 ed in attuazione di quanto stabilito dal PSSR 2007/2009, che sottolinea l'esigenza di valorizzazione delle cure primarie e di riequilibrio del sistema sanitario, spostato sul livello ospedaliero, anche attraverso lo sviluppo della medicina di famiglia, la Direzione Generale Sanità intende promuovere progetti che vedano la medicina di famiglia quale riferimento attivo degli

assistiti, attraverso modalità organizzative di integrazione multiprofessionale con gli specialisti ospedalieri e anche mediante collaborazioni con il territorio e con le Imprese di settore.

In questa ottica, per il 2008, le ASL dovranno proporre progetti operativi innovativi sulla medicina di famiglia, anche nella prospettiva di una nuova rete di offerta sanitaria, da presentare entro il 28 febbraio 2008 alla DG Sanità, che procederà alla selezione di progetti di interesse regionale da cofinanziare.

Le modalità di presentazione sono demandate a successiva nota esplicativa.

RETE HPH (Health Promoting Hospital)

Per il periodo 2008-2010 prosegue l'attuazione del progetto rete HPH (Health Promoting Hospital). Entro il 30 novembre 2007 verranno definite, a cura della Direzione Generale Sanità di concerto con la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, le specifiche di attuazione della seconda fase triennale.

IL SISTEMA LOMBARDO DI ECM/CPD

Il 31 dicembre 2006 si è chiuso il primo quinquennio di sperimentazione del programma di Educazione Continua in Medicina (ECM).

Nelle more della definizione del nuovo assetto, con apposito accordo del 14 dicembre 2006 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha prorogato il Programma sperimentale per un periodo di 6 mesi, confermando contemporaneamente gli obiettivi di formazione continua in medicina e le relative sperimentazioni.

Con il successivo recente Accordo del 1 agosto 2007 è stato approvato il documento recante il "Riordino del sistema di Formazione Continua", il quale, nel definire le linee guida a cui dovranno attenersi tutti gli attori (nazionali e regionali) del sistema di ECM, proroga al 31 dicembre 2007 il vigente programma sperimentale e detta indicazioni innovative.

Il nuovo sistema ECM costituisce un sistema integrato e solidale tra il livello regionale e il livello nazionale, basato su regole comuni e condivise che ne assicurano l'omogeneità su tutto il territorio nazionale ed una chiara ripartizione dei compiti tra i rispettivi ambiti di azione.

Le attività di registrazione e certificazione dei crediti formativi nel nuovo sistema di Formazione Continua sono stati affidati rispettivamente all'ente accreditante e al COGEAPS (per il livello nazionale) e agli Ordini, Collegi e Associazioni Professionali. Dal punto di vista dei flussi informativi ciò potrà comportare una parziale modifica del sistema di trasmissione dei tracciati record; occorrerà tuttavia attendere le relative specifiche tecniche concordate da Ministero e Regioni/Province Autonome.

I RAPPORTI TRA REGIONE LOMBARDIA E UNIVERSITÀ

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009 (approvato con d.c.r. 257 del 26 ottobre 2006) manifesta espressamente la necessità di completare il modello sanitario lombardo, prefigurato nella legge regionale 31/97, in particolare per ciò che attiene la qualificazione e valorizzazione delle risorse umane, professionali e scientifiche.

Attenzione specifica sarà quindi rivolta all'insieme delle realtà sia di ricerca sia di assistenza, la cui valorizzazione e utilizzazione ai fini formativi e scientifici rappresenterà un elemento cardinale del sistema.

Alle sei Facoltà Mediche del "Sistema Lombardo" verrà dedicata grande attenzione, affinché le funzioni didattiche e scientifiche associate alle attività assistenziali, già operanti nel contesto delle strutture del Servizio Sanitario Regionale, possano essere svolte al meglio nell'ambito dei compiti istituzionali loro assegnati.

In particolare, tenendo conto delle indicazioni espresse nel citato PSSR 2007-09, nel primo trimestre saranno ridefinite nuove linee guida nei rapporti tra Regione e Università, improntate a criteri paritari quali la condivisione, la corresponsabilità, il rispetto reciproco dei ruoli istituzionali, la valorizzazione della ricerca e della formazione come investimenti socialmente produttivi, la centralità dello studente e della persona (sana o malata), la qualità dell'assistenza sanitaria erogata e la corresponsabilità nella gestione economica.

Nel rispetto di quanto indicato dall'art 6, comma 1, del D. Lgs. 502/92 e dall'art 5 della l.r. 31/97, la partecipazione delle Università alla elaborazione degli atti di programmazione regionale - che attualmente riguarda diversi ambiti correlati all'esercizio dei compiti istituzionali nel campo della formazione pre-laurea, post-laurea e di diploma e della ricerca medica finalizzata - sarà ulteriormente sviluppata attraverso la collaborazione nella definizione dei bisogni formativi legati alle varie specialità.

INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO LOMBARDO ATTRAVERSO CONFRONTI, SCAMBI E GEMELLAGGI FRA I DIVERSI SISTEMI SANITARI

Le azioni per l'anno 2008, così come previsto dal DPEFR e dal PRS in merito all'internazionalizzazione del servizio sanitario lombardo, dovranno da un lato rafforzare i rapporti di collaborazione con le regioni europee più avanzate e dall'altro proseguire e consolidare le iniziative poste in essere nel 2007.

In particolare:

1. Attuazione iniziativa gemellaggi tra strutture ospedaliere.

L'esperienza dei gemellaggi si è mostrata positiva ed ha raccolto grande interesse anche presso strutture accreditate private. Nel prossimo anno, quindi, l'iniziativa tenderà a valutare e sostenere

collaborazioni che contengano elementi innovativi e strutturali di sviluppo dei sistemi sanitari di altri paesi, con un'ottica improntata alla creazione di poli di interesse sui quali coagulare soggetti diversi.

2. Assistenza sanitaria a favore di cittadini stranieri, ai sensi e per gli effetti dell'art. 32, comma 15 della l. 449/97.

Questa attività necessita di essere sempre più agganciata, nei limiti del possibile, a progettualità più ampie, che mirino a favorire interventi strutturali all'interno dei paesi di origine dei beneficiari o che si concentrino su particolari esigenze sanitarie, quali l'intervento per le cardiopatie congenite o la cura delle leucemie infantili. In tal senso l'iniziativa del corso di cardiocirurgia pediatrica per operatori di paesi in via di sviluppo in collaborazione con IREF va proseguita ed allargata anche ad altri settori.

3. Collaborazioni con altri enti e istituti

Si afferma sempre di più la necessità di agire in collaborazione con enti, istituti, università e soggetti della società che, uniti dalla condivisione delle strategie di intervento, possano svolgere azione sinergica nei programmi di sostegno al rafforzamento dei sistemi sanitari di paesi stranieri. Accanto, quindi, alla collaborazione con l'OMS sul tema della lotta alla tubercolosi, la linea di intervento prevede l'individuazione di enti ed istituti con i quali collaborare nel sostegno a progetti di collaborazione che impattino grandi temi sanitari quali, oltre la lotta alla tubercolosi, l'AIDS, il sistema dell'emergenza-urgenza e l'empowerment di sistemi sanitari emergenti con una particolare attenzione alla formazione di personale sanitario.

4. Emergenze sanitarie internazionali

Nel 2008 si prevede la definizione di una équipe stabile regionale, costituita da professionisti che operano quotidianamente in stretto collegamento con le strutture ospedaliere del S.S.R., con formazione ed esperienza specifica e dotata di materiale idoneo, disponibile per partenze prevedibili nell'arco di alcuni giorni, supportata da altri soggetti interessati, che permettano di rispondere sempre più efficacemente alle richieste di aiuto.

Per le azioni collegate all'attuazione del programma di internazionalizzazione è previsto un finanziamento dedicato e finalizzato.

ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE

Anche per l'anno 2008 proseguiranno le attività di comunicazione ai cittadini, in coordinamento con le ASL e le A.O., per familiarizzarli all'utilizzo della carta CRS-SISS, per semplificare l'accesso ai servizi socio-sanitari e per favorire l'adozione di corretti stili di vita.

L'orientamento principale sarà quello della personalizzazione del linguaggio e l'individuazione degli strumenti e mezzi più efficaci, per garantire la tutela dei diritti dei cittadini attraverso l'accesso e la fruibilità dei servizi essenziali.

RETI DI PATOLOGIA

– Rete nefrologica lombarda

Le attività di diagnosi e di cura per patologie caratterizzate da elevata complessità possono giovare dalla organizzazione in rete delle strutture (ospedale e territorio) e dei servizi e nella implementazione di dossier elettronici di malattia.

Nel 2008 si darà avvio graduale alla rete nefrologica lombarda e alla sua integrazione con il registro regionale dialisi e trapianto, in linea con le previsioni del PSSR 2007/2009 che prevede “il rafforzamento del registro lombardo e la riorganizzazione delle strutture in un’ottica di rete integrata”. L’attivazione del network dovrà prevedere una fase sperimentale e una fase di diffusione su tutto l’ambito regionale e l’implementazione progressiva delle funzioni e degli applicativi. Il CRS-SISS supporta con la propria infrastruttura e i servizi già attivati lo sviluppo della rete nefrologica lombarda.

– Rete ematologica lombarda (REL)

Nel corso del 2008, alla luce di quanto evidenziato dal PSSR 2007/2009 nell’ambito del sistema sangue regionale, verrà implementata la rete ematologica lombarda con l’intento di arrivare a creare un rete di presidi per diversi livelli di assistenza, in grado di soddisfare le reali necessità di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie ematologiche, valorizzando gli stessi professionisti sanitari, coinvolti in primo piano nella diffusione dell’innovazione e delle conoscenze.

L’attivazione della rete prevederà una fase sperimentale ed una successiva fase di diffusione su tutto l’ambito regionale e l’implementazione progressiva delle funzioni e degli applicativi.

Il CRS-SISS supporta con la propria infrastruttura e i servizi già attivati, lo sviluppo della rete ematologica lombarda.

Registro Malattie Rare: valore “mandatorio” ed implementazione del sistema in ambito CRS-SISS

Dopo l’attivazione della fase pilota del 2006 dell’applicativo informatico del Sistema Malattie Rare in ambito web CRS-SISS, è stato possibile registrare on line i nuovi casi di malattia rara diagnosticati dai Presidi della Rete Malattie Rare, identificati a seguito delle DGR n.7328/2001; n.10125/2002; n. 20784/2005 e n. 3069/2006.

L'avvio del nuovo sistema è stato formalizzato dal 15 Gennaio 2007, e prevede la registrazione di tutti i nuovi casi di Malattia Rara da parte degli specialisti della rete che certificano la diagnosi, al fine di dare adempimento ad una sentenza del Consiglio di Stato del 2005 che richiama alle disposizioni del D.M. 18 maggio 2001, n. 279 circa l'obbligo di istituzione del Registro delle Malattie Rare.

Per gli specialisti dei Presidi di diritto privato, fino al collegamento alla Rete CRS-SISS, la registrazione viene assolta con l'invio cartaceo al Centro di Coordinamento Regionale Mario Negri di Ranica, con cadenza mensile.

I riferimenti operativi del sistema sono i seguenti:

1. l'indirizzo di rete per raggiungere l'applicativo è <https://dcss.cgi.crs.lombardia.it/smr/>
2. il manuale, scaricabile allo stesso indirizzo di rete
3. la D.G.R. VIII/5198 del 2 agosto 2007 *“Progetto Carta Regionale dei Servizi - Sistema Informativo Socio-Sanitario (CRS-SISS): individuazione dei responsabili dei trattamenti dei dati personali. disposizioni per le aziende sanitarie pubbliche e schema di convenzione con le aziende socio-sanitarie private accreditate a contratto.”*

In quest'anno di prima applicazione il nuovo sistema si è fondato sul doppio corso sia cartaceo sia on-line nel sistema CRS-SISS, considerando la progressiva disponibilità delle postazioni di rete presso i Referenti dei Presidi di Malattie Rare. Anche per i Presidi di diritto privato la D.G.R. VIII/5198/2007 consentirà in tempi brevi l'operatività della rete.

Il valore “Mandatorio”, alla pari dei Certificati di assistenza al parto, alle Schede Istat di morte, alle denunce obbligatorie di malattie infettive, ecc., delle segnalazioni al Registro delle Malattie Rare è sancito, oltre che dalla sentenza del Consiglio di Stato del 2005, anche dal più recente Accordo Stato-Regioni del 10 maggio 2007 (Rep. n. 103/CSR).

Nell'ottica di dare piena attuazione all'Accordo, la Direzione Generale Sanità, in collaborazione con il Centro di Coordinamento dell'Istituto Mario Negri di Ranica, Lombardia Informatica e le altre società coinvolte nella realizzazione della rete CRS-SISS, ha provveduto, già dal 2006, ad effettuare incontri specifici di formazione rivolti ai Referenti clinici dei Presidi di Rete, ai Referenti in materia di esenzione ed ai Responsabili degli Uffici Farmaceutici delle ASL e nel 2007 ha svolto una campagna in quindici giornate di formazione sul campo nei Presidi della rete Malattie Rare incontrando complessivamente oltre duecentocinquanta operatori coinvolti e addestrandoli all'utilizzo del Sistema.

Nel 2008 si rende pertanto obbligatorio l'inserimento dei nuovi casi di malattie rare nel Registro, anche in considerazione del fatto che alla scadenza annuale dei Piani Terapeutici concernenti i farmaci orfani, o i farmaci prescritti per le malattie rare al di fuori dalle indicazioni autorizzate, o per la prescrizione di farmaci in fascia "C", si rende obbligatorio l'utilizzo della apposita sezione del Registro delle Malattie Rare riguardante il Piano Terapeutico. Come richiamato a proposito della spesa farmaceutica, tale attività sarà sottoposta a monitoraggio da parte della DGS nel corso del 2008.

TRAPIANTI

Sono da considerare anche nel 2008 a destinazione vincolata le assegnazioni per la remunerazione delle attività di prelievo e per la remunerazione dei trapianti espletati, con l'obiettivo di incrementare le donazioni d'organo anche attraverso il coinvolgimento attivo e responsabile dei Coordinatori locali. Nel 2008 ogni Azienda e ogni IRCCS impegnati nelle attività di prelievo e di trapianto dovranno, secondo le potenzialità aziendali e per quanto di competenza, definire un budget dedicato nell'ambito delle risorse assegnate a destinazione vincolata e prevedere nella definizione del budget anche forme di incentivazione di risultato legate alla misura del miglioramento quantitativo e qualitativo dei prelievi a scopo di trapianto. Le forme di incentivazione saranno oggetto di contrattazione con le rappresentanze di categoria.

SEMPLIFICAZIONE ACCESSO AI SERVIZI SANITARI: PROGETTO CALL CENTER REGIONALE

In relazione alle attività svolte nel corso del 2007, ad oggi il servizio di Call Center Regionale risulta attivato, con differenti modalità nelle seguenti Aziende:

- ASL di Milano Città (le 7 Aziende ospedaliere pubbliche della città) e IRCCS Fondazione Policlinico;
- ASL di Como e Varese (A.O. Sant'Anna, Valduce e 9 erogatori privati accreditati – A.O. Macchi, A.O. Busto Arsizio, A.O. Gallarate e 19 erogatori privati accreditati);
- AA.OO. di Cremona, Garbagnate, Lodi, Monza, Pavia;
- AA.OO. di Crema, Mantova.

Nel 2008:

- dovranno consolidarsi i servizi di prenotazione tramite Call Center mediante la modalità integrata SISS, oltre che nelle Aziende sopra citate, anche presso l'A.O. di Lecco, Legnano e Melegnano, attivate nel corso dell'ultimo trimestre 2007.

- dovrà altresì essere ampliato il numero delle agende messe a disposizione dalle Aziende, per tutte quelle prestazioni prenotabili telefonicamente (anche in relazione alle disposizioni che pervengono dalle aziende ospedaliere), affinché possa essere consolidato l'85% delle agende aziendali, potenzialmente accessibili agli utenti che si rivolgono al Call Center Regionale per la prenotazione di prestazioni specialistiche.

Sulla base degli approfondimenti tecnici in corso presso la D.G. Sanità in collaborazione con la D.C. Organizzazione, personale, patrimonio e sistema informativo e la D.C. Affari Istituzionali e Legislativo della Presidenza, saranno valutate le modalità più opportune di coinvolgimento degli erogatori privati accreditati nel progetto "Call Center Regionale", anche alla luce delle esperienze attivate nelle ASL di Como e Varese e ovviamente con addebito agli stessi dei relativi costi.

Sarà implementato un adeguato programma di comunicazione rivolto alla cittadinanza delle province interessate dall'attivazione del servizio, affinché possa essere conosciuto e quindi possa concretamente agevolare e semplificare l'accesso ai servizi sanitari.

Allegato 12

Linee di programmazione e di indirizzo dei servizi socio- sanitari e di riabilitazione afferenti alla competenza della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale

1) Accreditamento dei servizi socio sanitari

Coerentemente alla linea programmatico-finanziaria proseguita lo scorso anno con la d.g.r. 13 dicembre 2006, n. 3776, relativa alle “Regole” per la gestione del sistema socio sanitario regionale per l’anno 2007, nel rispetto della vigente normativa nazionale e regionale, nonché dei correlati provvedimenti nazionali e regionali, si prosegue nel 2008, con decorrenza 01/01/2008, il blocco di nuovi accreditamenti nonché dell’ampliamento di accreditamenti relativamente alle seguenti unità d’offerta/tipologie d’intervento:

- Strutture per la riabilitazione nelle aree specialistica, generale e geriatrica, di mantenimento
- Residenze Sanitario Assistenziali per anziani (R.S.A.)
- Residenze Sanitario Assistenziali per disabili (R.S.D.)
- Hospice

Nel corso del 2008 saranno invece accreditabili:

- qualsiasi tipologia di offerta realizzata con finanziamenti statali o regionali,
- Centri Diurni per Disabili o Comunità Socio Sanitarie per disabili derivanti dal percorso di riordino di Centri Socio Educativi o Comunità Alloggio,
- strutture di riabilitazione derivanti da riordino degli I.D.R. ex art. 26 L. 833/78 ai sensi della d.g.r. n. 19883/2004,
- strutture socio sanitarie derivanti dal riordino degli I.D.R. ex art.26 l.833/78 o da strutture di riabilitazione già accreditate secondo le norme stabilite dalla d.g.r. n. 19883/2004
- relativamente alle R.S.A., i posti letto realizzati o che verranno realizzati sul territorio della sola ASL Città di Milano, per i quali sia giunta comunicazione del permesso di costruire alla competente Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale entro il 30 settembre 2005, qualunque fosse lo stato di avanzamento dei lavori di edificazione a quella data, così come previsto dalle d.g.r. 16 dicembre 2004, n.19688 , 12 dicembre 2005, n. 1375 e 13 dicembre 2006 n. 3776.

Nel corso del 2008 saranno altresì accreditabili le seguenti tipologie di offerta, dedicate agli anziani e ai disabili, con l’obiettivo del potenziamento degli interventi finalizzati a mantenere nel contesto sociale di vita la persona con fragilità:

- Centri Diurni per Disabili
- Comunità Socio Sanitarie per disabili
- Centri Diurni Integrati

a condizione che tutte le unità di offerta sopra riportate abbiano acquisito l'autorizzazione al funzionamento entro la data di approvazione del presente provvedimento o che abbiano presentato la Dichiarazione di Inizio Attività con decorrenza dalla data medesima

- ADI/VOUCHER consentendo alle ASL la stipula di nuovi patti di accreditamento con ulteriori soggetti.

Nel corso del 2008 saranno infine accreditabili:

- i consultori familiari
- i Servizi multidisciplinari integrati (SMI)
- i Servizi residenziali e semi residenziali delle dipendenze unicamente per le modulazioni di posti specialistici all'interno di Comunità pedagogico/terapeutico riabilitative a parità di volume complessivo accreditato nonchè i servizi residenziali e semi residenziali autorizzati e operanti con utenza effettiva alla data di approvazione della presente delibera.

2) Adempimenti relativi all'applicazione della d.g.r. n. 5508 del 10/10/2007

La d.g.r. n. 5508/07 ha disposto di integrare le procedure per l'accreditamento e la successiva contrattazione per quanto riguarda le strutture socio sanitarie realizzate con contributi statali e regionali, al fine di garantire il mantenimento della destinazione d'uso dell'immobile e la restituzione del contributo nel caso di finanziamento a rimborso.

3) Accompagnamento dell'accreditamento di strutture di riabilitazione nel nuovo sistema riabilitativo

Si prevede le possibilità di:

- a. modificare l'accreditamento, nell'ambito del budget che verrà assegnato nel 2008, a condizione che la rimodulazione dell'offerta sia verso una minore intensità di prestazioni (esempio: p.l. specialistica in p.l. generale e geriatrica)
- b. utilizzare p.l. a maggiore intensità riabilitativa per accogliere persone che necessitano di prestazioni di minore complessità, fermo restando che le tariffe riconoscibili saranno quelle delle prestazioni effettivamente erogate (esempio: p.l. specialistica occupato da un paziente che necessita di riabilitazione generale e geriatrica).

Si prevede inoltre che le A.S.L. abbiano piena facoltà di negoziare i budget con i soggetti gestori di strutture riabilitative, nei limiti delle risorse complessivamente assegnate dalla Regione, e si

ribadisce che nella negoziazione debbano essere distinte le quote rispettivamente per le prestazioni in regime di ricovero (ordinario e day hospital) e per le altre prestazioni e che si debbano destinare il 4% del budget relativo ai ricoveri e il 14% relativo ai restanti regimi, al raggiungimento di obiettivi di qualità concordemente definiti.

Per i soggetti che erogano sia prestazioni in regime di ricovero che in regime diurno (continuo, ambulatoriale e domiciliare) si può prevedere lo spostamento di quote di budget da regime residenziale a regime diurno, nel caso in cui la struttura non raggiunga la soglia di risorsa negoziata per oggettive motivazioni. La quota trasferita dovrà essere preventivamente concordata con l'A.S.L. territorialmente competente, sentita la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale.

La citata variazione non può costituire elemento di consolidamento delle risorse assegnate per gli anni successivi. Non è invece possibile lo spostamento di risorse dalle attività diurne a quelle residenziali, in quanto in contrasto con gli indirizzi programmatori regionali.

Con riferimento alle strutture afferenti alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, visto il particolare livello di fragilità dei pazienti in carico, vengono riconfermate, così come definite con d.g.r. n. VII/19883 del 16 dicembre 2004, le durate massime di degenza in area generale e geriatrica nei seguenti casi:

- 60 giorni per la riabilitazione generale;
- 90 giorni per la riabilitazione geriatrica;
- 1 anno per i pazienti in età evolutiva;
- indefinita per i pazienti in stato vegetativo, nelle more di adozione di specifici provvedimenti in attuazione della DGR VIII/5237 del 2 agosto 2007;

Al fine di garantire continuità ai servizi resi ai cittadini e fornire certezze contrattuali ai soggetti erogatori, viene definito come budget provvisorio, per il primo trimestre 2008, una quota pari ai tre dodicesimi del budget 2007. Per le sole strutture che hanno completato il percorso di riordino, entro il 31 marzo 2008 dovranno essere negoziati e sottoscritti tra A.S.L. e soggetti gestori i budget definitivi.

4) Remunerazione prestazioni di psicoterapia, di inquadramento diagnostico e indirette

In sede di prima applicazione, per quanto riguarda le prestazioni di psicoterapia, di inquadramento diagnostico e indirette erogate a minori in carico a strutture di riabilitazione afferenti alla Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale, con decorrenza 1° gennaio 2008, viene fissata in euro 40,00 la tariffa relativa alle seguenti tipologie di prestazioni:

- Colloquio con i familiari;

- Riunioni con operatori di altri Enti (Asl, Scuole, ..);
- Seduta di psicoterapia;
- Seduta per inquadramenti diagnostici nelle diverse discipline.

La remunerazione di queste prestazioni è da considerarsi inclusa nel budget negoziato tra ASL e soggetti gestori. Il tetto massimo di risorse destinate a questa tipologia di attività sarà determinato e comunicato a seguito dell'analisi del debito informativo relativo ai primi 9 mesi del 2007.

La rendicontazione di queste prestazioni dovrà avvenire secondo le modalità che verranno successivamente comunicate.

5) Definizione del budget dei CDD, CDI, ADI / Voucher

Si riconferma per il 2008 la negoziazione dei budget tra A.S.L. e soggetti gestori.

Al fine di garantire continuità ai servizi resi ai cittadini e fornire certezze contrattuali ai soggetti erogatori, viene definito come budget provvisorio, per il primo trimestre 2008, una quota pari ai tre dodicesimi del budget 2007.

6) Revisione dei criteri di distribuzione del budget per ADI/voucher e CDI

Si prevede che le A.S.L., nella negoziazione dei budget con i gestori, possano riservare delle quote destinate a premiare la qualità del servizio reso relativamente ai seguenti casi:

- progetti rivolti a persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica
- progetti per l'assistenza ai malati terminali
- progetti di assistenza domiciliare resa in contesti di residenzialità, anche collettiva, alternativa al proprio domicilio e comunque di tipo familiare, con esclusione delle R.S.A. o comunque di servizi che beneficiano già di tariffe a carico del fondo sanitario regionale
- progetti di maggiore flessibilità nei servizi CDI finalizzati a ritardare il più possibile il ricovero definitivo dell'anziano, quali ad esempio:
 - ✓ *ampliamento degli orari di apertura ed ulteriori servizi alla persona*
 - ✓ *offerta di un servizio di case manager*
 - ✓ *attivazione o progettazione di interventi terapeutici innovativi sulla cronicità*
 - ✓ *offerta di servizio di ricoveri notturni temporanei*

6) Adempimenti relativi all'applicazione della d.g.r. n. 5237 del 2/08/07.

La d.g.r. n. 5237/07 ha disposto l'adeguamento del finanziamento ASSI con aggiuntivi 32 milioni di euro, da destinarsi:

- al completo finanziamento degli oneri relativi alle degenze di pazienti in stato vegetativo presso RSA e RSD accreditate ed ubicate in Lombardia (20 milioni)

- al miglioramento quali-quantitativo dell'assistenza garantita a pazienti affetti da SLA e che si trovano nella fase terminale della vita, con particolare attenzione alla Terapie del dolore e Cure palliative a favore di pazienti oncologici (12 milioni).

In attesa della prima applicazione della d.g.r. n. 5237/07, che si rimanda ad ulteriore provvedimento, si dispone quanto segue:

- di porre a totale carico del FSR gli oneri derivanti dal ricovero in strutture riabilitative in area generale e geriatrica afferenti alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale di persone in stato vegetativo, senza limiti temporali e senza abbattimento tariffario;
- l'incremento delle tariffe giornaliere degli Hospice, già definite con d.g.r. n. 12904 del 9/05/2003, come segue: quota base aumenta da € 163,10 ad € 173,85, quota per il posto dell'accompagnatore rimane invariata in € 51,60, per complessivi € 225,45 al giorno.