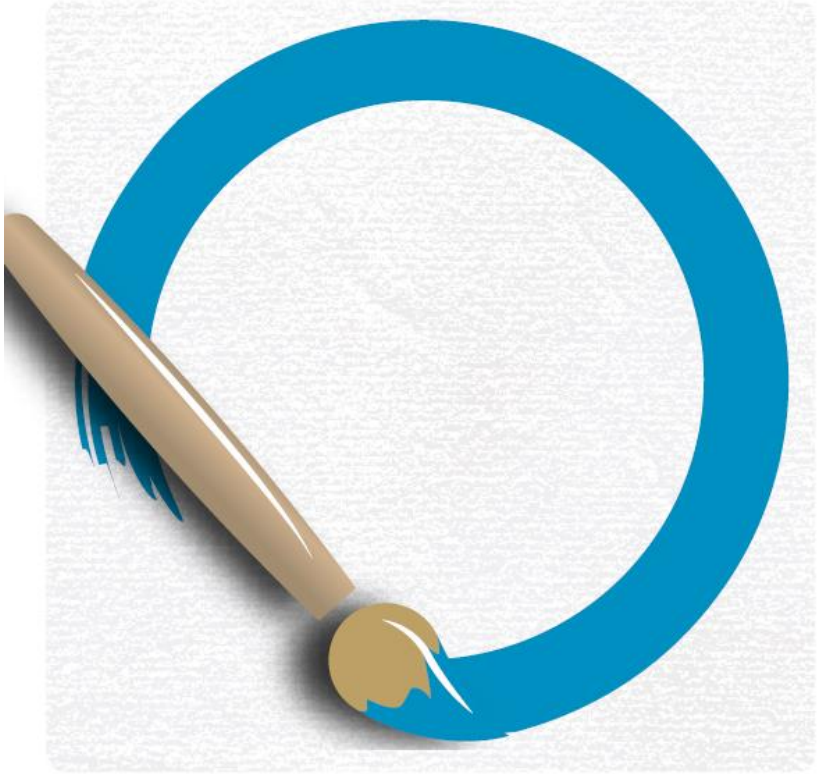


con il patrocinio di

Federfarma Lombardia

FIMMG
FEDERAZIONE REGIONALE DELLA LOMBARDIA

MILANO

SALA CHAGALL
CENTRO CONGRESSI
PALAZZO STELLINE

C.so Magenta, 61

5 DICEMBRE 2018

ROADSHOW DIABETOLOGIA

DIABETE MELLITO E COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI

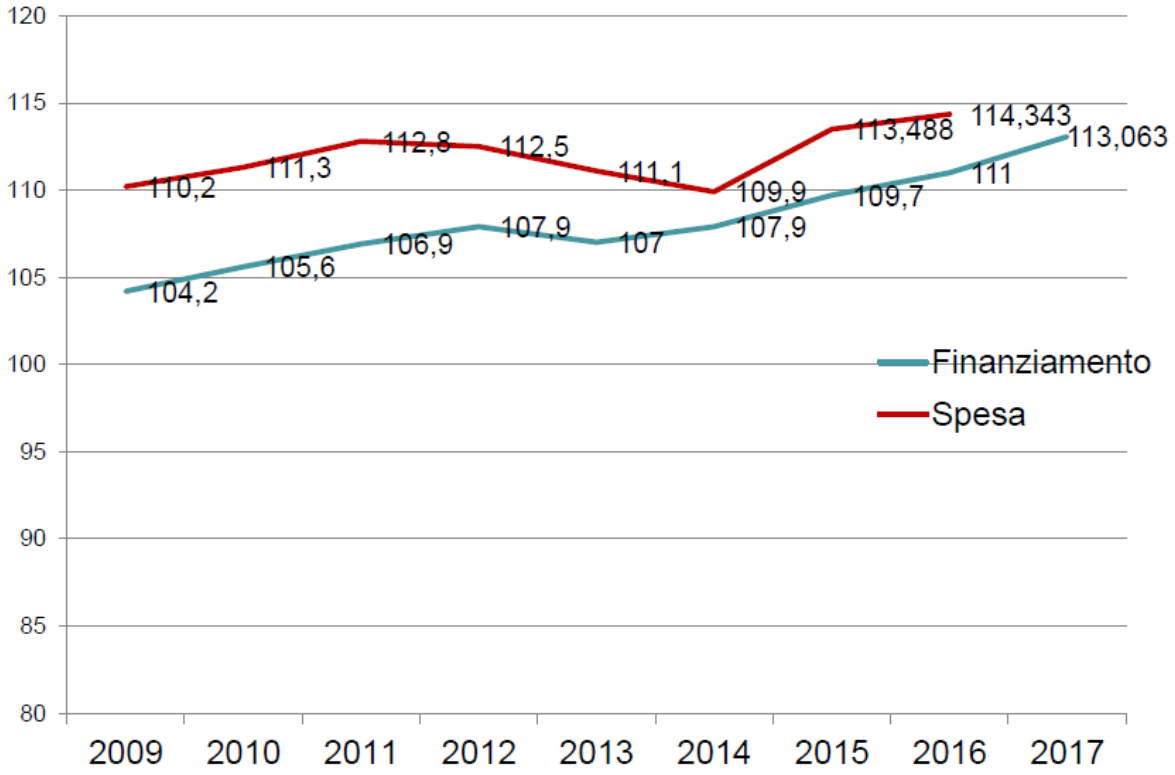
2018 MOTORE SANITÀ
Sanità Universale

Maurizio Bersani

IL PROGRAMMA SANITARIO DELLA REGIONE LOMBARDIA

Regione Lombardia

Finanziamento e costi del SSN anni 2009-2017



Trend stabile, incrementi inferiori rispetto agli anni precedenti, Spesa prima in diminuzione poi in incremento

Fonti varie

La sfida per il futuro:

è possibile conciliare?

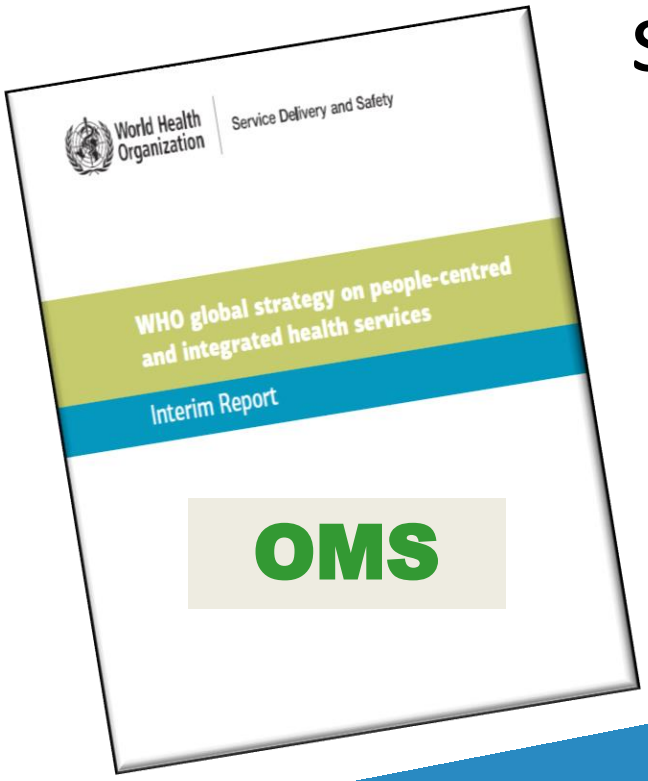
- equità nell'accesso ai servizi
- libertà di scelta
- qualità e continuità delle cure
- sostenibilità

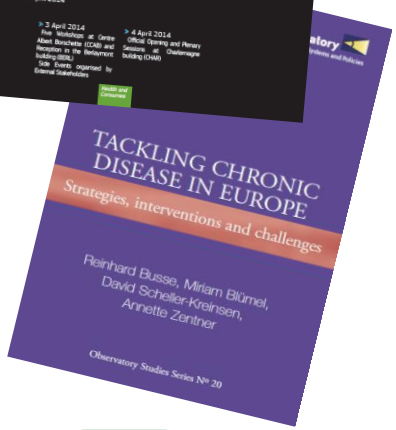
Sviluppare nuovi modelli di cura, governati dal bisogno non dall'offerta e centrati sulla persona (non sulle strutture), superando:

- frammentazione
- dualismo ospedale-territorio, sanitario-sociosanitario
- integrazione rete d'offerta

Regione Lombardia

Una sfida comune a tutti i Paesi sviluppati

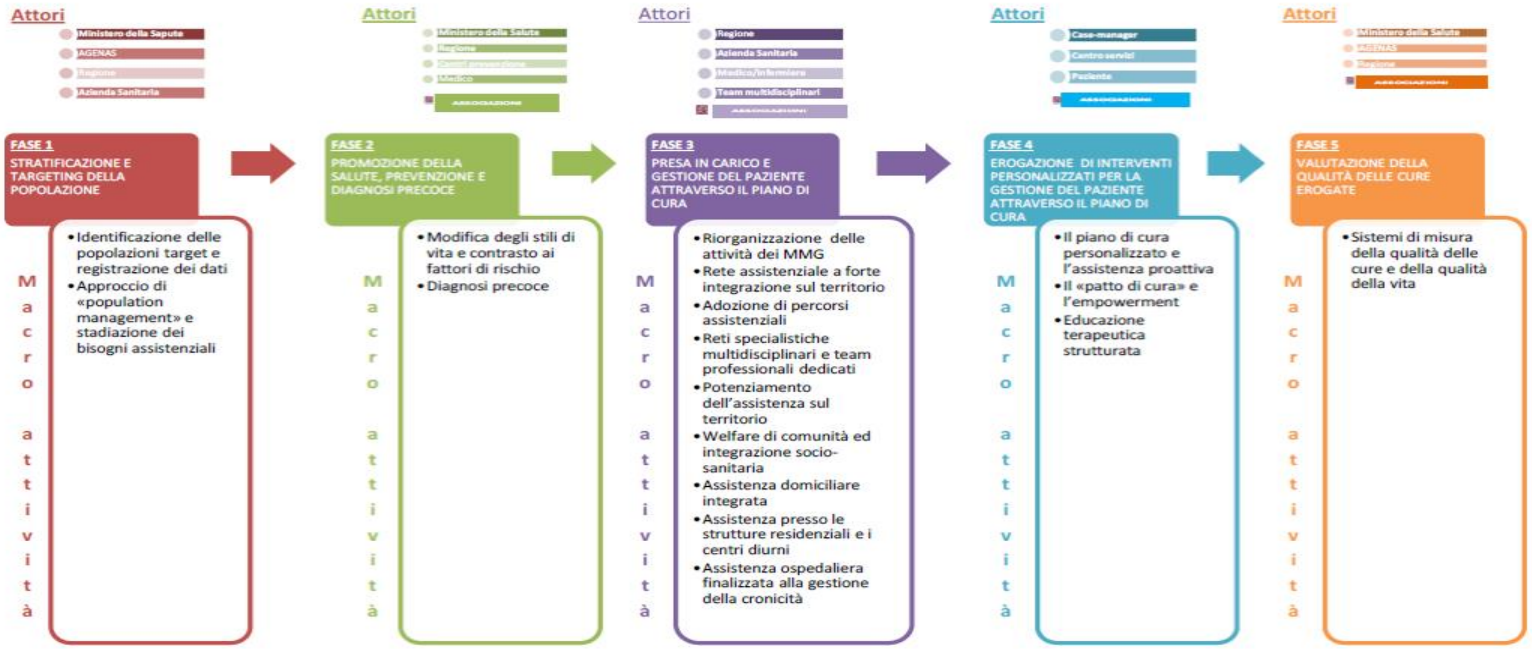




Regione Lombardia

Contesti clinici	Medicina della Semplicità	Medicina della Complessità	Medicina del Caos
Metodo clinico	**Disease Oriented**	**Patient Oriented**	**Person Oriented**
Attenzione del medico	Gestione della malattia acuta di un solo organo	Management del numero di malattie croniche (comorbidity)	Management dei vari illness (multimorbidity)
Follow-up	Generalmente si limita a breve periodo di tempo	Interazione medico paziente presa in carico (ricovero- day service)	Interazione overtime
Relazione medico-paziente	Relazione professionale limitata alla prestazione Consenso comune	Relazione di fiducia Basso grado di condivisione	Relazione esistenziale
Obiettivo del medico	Guarigione di malattia acuta (Guidelines)	Co-management delle patologie croniche e ottimizzazione della politerapia farmacologica(Mindlines)	Il miglioramento dello stato di salute attraverso il management dei problemi di salute

IL DISEGNO DEL MACROPROCESSO



Obiettivi FASE 1

- Programmare e realizzare una gestione efficace ed efficiente della cronicità sulla base di adeguate conoscenze epidemiologiche.
- Integrare in rete le strutture operanti garantendo la condivisione delle informazioni, secondo le necessità dell'assistenza e del governo clinico.
- Promuovere la valutazione dei risultati su base nazionale, in una logica di congruenza e omogeneità rispetto alle singole realtà regionali.
- Stratificare la popolazione attraverso modelli che tengano conto dei bisogni sanitari e socioeconomici

Obiettivi FASE 2

- Promuovere l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione generale e nei soggetti a rischio per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche.
- Identificare precocemente le persone a rischio e quelle affette da patologie croniche da inviare ad adeguati percorsi di presa in carico.
- Ritardare l'insorgenza delle malattie croniche e delle loro complicanze nelle persone a rischio o già malate.

Obiettivi Fase 3

- Migliorare l'organizzazione dei Servizi sanitari, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate
- Attuare gli interventi previsti a livello nazionale (Legge n. 189/2012, Patto per la Salute 2014-2016), riorganizzando le cure primarie e l'assistenza territoriale.
- Definire e adottare percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) sia a livello territoriale che ospedaliero e percorsi integrati ospedale - territorio
- Adottare modelli di gestione integrata
- Sviluppare un sistema integrato di servizi socio-sanitari alla persona con cronicità che valorizzi la partecipazione della società civile e garantisca equità di accesso e di prestazioni
- Migliorare l'assistenza ospedaliera ai pazienti con cronicità
- Creare reti multi-specialistiche ospedaliere
- Promuovere l'integrazione con il territorio assicurando la continuità assistenziale

Obiettivi Fase 4

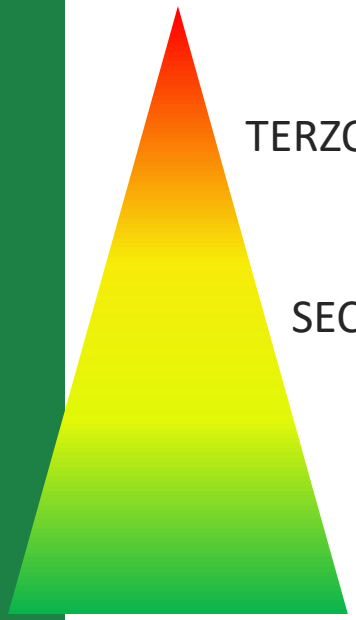
- Garantire un'assistenza sanitaria e sociosanitaria centrata sui bisogni e le caratteristiche personali e socio-ambientali del paziente
- Promuovere l'empowerment della persona con cronicità e migliorare la capacità di gestione della malattia nel proprio contesto familiare e sociale attraverso lo strumento della terapia educazionale

Obiettivi Fase 5

- Incrementare le attività di valutazione e di sviluppo del governo clinico finalizzate a ridurre l'inappropriatezza in ambito sanitario e sociosanitario e a migliorare la capacità di fornire risposte al bisogno della persona con cronicità
- Rendere disponibili e "trasparenti" anche ai pazienti le informazioni derivanti da indagini sulla soddisfazione del paziente in maniera estesa e sistematica e coinvolgerli nelle procedure di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria
- Promuovere la definizione e la rilevazione di indicatori di qualità e di esito a livello del singolo professionista

Banca Dati Assistito

Risultati

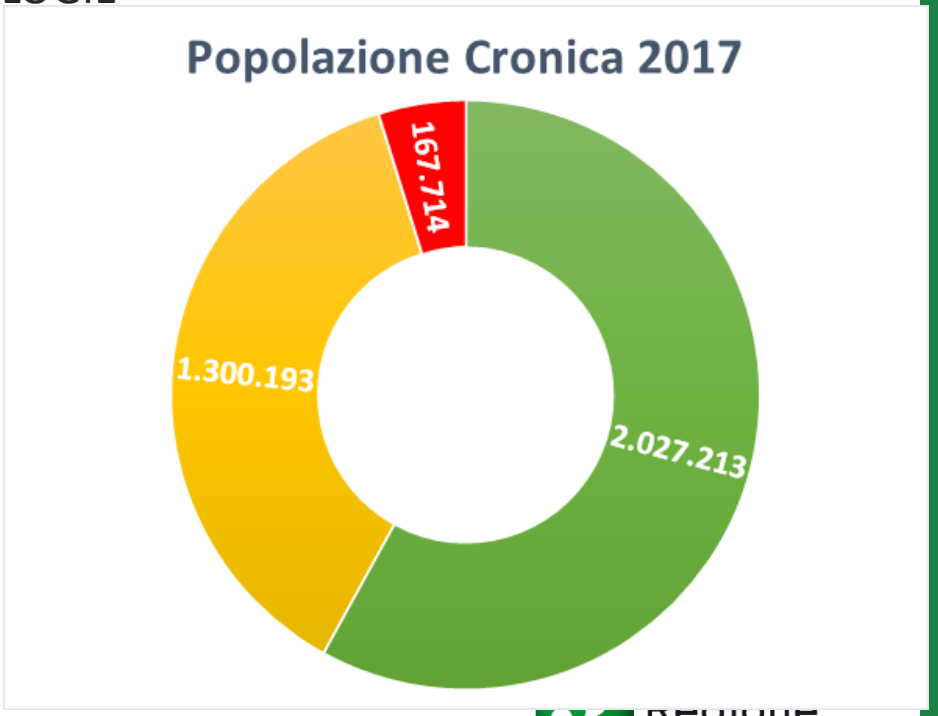


CIRCA 3.5 MILIONI DI CRONICI

TERZO LIVELLO = 4 O PIU' PATOLOGIE

SECONDO LIVELLO = 2 O 3 PATOLOGIE

PRIMO LIVELLO =1 PATOLOGIA



- 5% PRIMO LIVELLO
- 37% SECONDO LIVELLO
- 58% TERZO LIVELLO

L'AVVIO DEL NUOVO SISTEMA

1° «Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili»

DGR n. X/6164 del 30.1.2017

2° «Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili»

in attuazione dell'art. 9 della L.R. 33/2009

DGR n. X/6551 del 04.05.2017

DGR n. X/7038 del 03.08.2017

DGR n. X/7655 del 28.12.2017

DGR n. XI /754 del 05/11/2018

Regione Lombardia

Le pietre miliari

- Stratificazione della domanda
- La gestione del processo
- Gli attori
- I set di riferimento per la presa in carico

Regione Lombardia

Banca Dati Assistito

Classificazione degli malati cronici

Il modello adottato è di tipo **categorico retrospettivo/concorrente**, e si basa sulla rilevazione di comportamenti traccianti degli assistiti.

Gli algoritmi per l'attribuzione di una specifica patologia si basano su:

- presenza di esenzioni
- eventi di ricovero con determinate diagnosi, procedure o DRG
- erogazione di farmaci
- erogazione di prestazioni specialistiche
- Combinazioni delle precedenti

Banca Dati Assistito

Ordinamento patologie (1/2)

A CODICE PIU' BASSO CORRISPONDE MAGGIORE ASSORBIMENTO DI RISORSE

BDA3_ID	PATOLOGIA	PATOLOGIA_DESC
K02A	1	TRAPIANTATI ATTIVI
K03A	2	IRC - DIALISI
K13Q	3	SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI
K12A	4	ACROMEGALIA E GIGANTISMO
K13D	5	MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI
K04	6	HIV POSITIVO ED AIDS CONCLAMATO
K02B	7	TRAPIANTATI NON ATTIVI
K06A2	8	DIABETE MELLITO TIPO 1 COMPLICATO
K08C	9	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/OSSIGENOTERAPIA
K05A	10	NEOPLASIA ATTIVA
K10E	11	NEUROMIELITE OTTICA
K11H	12	ANEMIE EMOLITICHE IMMUNI
K10D	13	SCLEROSI MULTIPLA
K07D1	14	VASCULOPATIA ARTERIOSA
K13P	15	ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE
K06B2	16	DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO
K03B	17	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

Banca Dati Assistito

Il Codice CReG

FASE 4

ASSISTITO NNNNNN

CODICE BDA FINALE K08C/K07D1

Patologia Principale

Distanza 5 posiz.

09 05 02

N° patologie

PATOLOGIA ID	BDA3	PATOLOGIA
1	K02A	TRAPIANTATI ATTIVI
2	K03A	IRC - DIALISI
3	K13Q	SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI
4	K12A	ACROMEGALIA E GIGANTISMO
5	K13D	MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI
6	K04	HIV POSITIVO ED AIDS CONCLAMATO
7	K02B	TRAPIANTATI NON ATTIVI
8	K06A2	DIABETE MELLITO TIPO 1 COMPLICATO
9	K08C	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/OSSIGENOTERAPIA
10	K05A	NEOPLASIA ATTIVA
11	K10E	NEUROMIELITE OTTICA
12	K11H	ANEMIE EMOLITICHE IMMUNI
13	K10D	SCLEROSI MULTIPLA
14	K07D1	VASCULOPATIA ARTERIOSA
16	K06B2	DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO
17	K03B	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

SOGGETTO CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA PLURIPATOLOGICO

IL GESTORE DELLA PRESA IN CARICO (I)

Ferma restando che la responsabilità clinica della presa in carico è in carico al medico, il titolare e garante del nuovo modello organizzativo, Gestore, può essere rappresentato da:

1) MMG e PLS aggregati in forme che abbiano personalità giuridica
2) Enti accreditati ed a contratto con il SSR di tipo sanitario e socio sanitario

Questa scelta è prevista anche dal Piano Nazionale della Cronicità che prevede che per tipologie particolari di pazienti il medico responsabile della presa in carico può essere anche lo specialista

Regione Lombardia

IL GESTORE DELLA PRESA IN CARICO(2)

Il gestore garantisce il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura ed i vari attori. **È il titolare della presa in carico.**

Il gestore deve garantire:

- Sottoscrizione del patto di cura con il paziente
- Definizione del piano di assistenza individuale PAI
- Prendere in carico proattivamente il paziente, anche attraverso la prenotazione delle prestazioni, il coordinamento dei diversi partner di rete
- Coordinare e attivare i nodi della rete necessari per l'attuazione del PAI
- Erogazione delle prestazioni previste dal PAI, direttamente o tramite partner di rete accreditati
- Implementare i servizi innovativi, quali ad esempio la telemedicina
- Monitorare l'aderenza del paziente al percorso programmato

Regione Lombardia

PDTA, linee guida, altro (piano nazionale cronicità)?

"la principale ***limitazione dei PDTA*** *nelle malattie croniche è legata ad una intrinseca rigidità che confligge con il bisogno di personalizzazione delle cure. Tale limite si manifesta nella definizione di obiettivi di salute non contestualizzati nel soggetto,* ***particolarmente nel paziente con multimorbidità, in cui la comorbidità interferisce con l'applicazione del percorso ideale*** ***e 'attrae' la traiettoria principale verso un percorso alternativo*** *diverso da quello ideale, ma egualmente appropriato per il paziente specifico. La crescente complessità dei malati cronici rende spesso non applicabili i percorsi di cura al singolo paziente. Affrontare quindi un paziente con condizioni cliniche multiple fa emergere lo* ***spinoso problema della gestione clinica di pazienti per cui si renderebbe necessario seguire le indicazioni di due o più linee guida (una per ogni singola malattia) con la conseguenza di far fronte ad eventuali incompatibilità o eventuali scelte da compiere tra i vari percorsi diagnostico-terapeutici presentati singolarmente ma non nella loro complessità interazionale****.*

Regione Lombardia

PDTA, linee guida, altro ?

La crescente diffusione di dati in campo sanitario offre la possibilità di analizzare pragmaticamente i percorsi di cura effettivamente realizzati attraverso ***l'estrazione ('mining') di pattern di prestazioni sanitarie programmate o erogate per le diverse condizioni morbose e le loro combinazioni, da cui ricavare gli elementi per definire un PDTA il più vicino possibile al bisogno ideale di un paziente in quelle condizioni****. ……"*

In Lombardia si è proceduto così

Regione Lombardia

SET DI RIFERIMENTO PER LA PRESA IN CARICO

Sono le prestazioni correlate ai bisogni espressi da almeno il 5% dei soggetti di ogni patologia e per livello di complessità della stessa. Il soggetto erogatore deve garantire per queste prestazioni, l'erogazione nei modi e nei tempi stabiliti nel piano di assistenza individuale (PAI).

- I set di riferimento non rappresentano un PDTA in quanto non sono esito di una *consensus conference* di professionisti ed anche perché riguardano situazioni molto spesso polipatologiche.
- I set di riferimento approvati con la DGR n.X/6551/2017 rappresentano il risultato di un'analisi pragmatica dei percorsi di cura effettivamente realizzati e contengono i pattern di prestazioni sanitarie programmate ed erogate per le diverse condizioni morbose e le loro combinazioni, da cui ricavare gli elementi per definire un PAI il più vicino possibile al bisogno ideale di un paziente in quelle condizioni.

Regione Lombardia

Il PAI - 1

- Il documento del PAI (piano di assistenza individuale) contiene gli elementi essenziali utili a programmare, accompagnare ed aggiornare il percorso dei pazienti presi in carico.
- Il PAI sarà gestito in modalità esclusivamente informatica e nel mese di agosto sono state fornite, alle ATS e poi ai soggetti idonei come Gestori, le specifiche informatiche per poterlo collegare al SISS, quindi al fascicolo sanitario elettronico (FSE).
- Tutto quanto sopra esposto consente di coinvolgere tutti gli attori interessati al processo di presa in carico, ai quali il cittadino ha concesso l'autorizzazione ad accedere alle proprie informazioni sanitarie, e di informarli in tempo reale sulle necessità del paziente e sugli elementi essenziali per il controllo ed il monitoraggio del processo stesso.
- Le indicazioni relative agli elementi essenziali del PAI riguardano il momento di inizio della presa in carico, quando sono prevedibili solo le attività e le necessità più correlate con le patologie e si rileva che il PAI può essere comunque aggiornato con altre prestazioni contenute nei set di riferimento e non.

Regione Lombardia

Il PAI - 2

- Curano: il rapporto, le corrette abitudini e stili di vita ed i farmaci
- Monitorano come un cruscotto: esami di laboratorio e prestazioni di specialistica e di diagnostica
- Le prestazioni di specialistica e di laboratorio infatti non correlano direttamente con la mortalità o il peggioramento che sono correlati alle terapie
- Nel PAI questi elementi devono entrare
- Per i pazienti con almeno un anno di malattia forniremo al medico redattore, vedi esempio precedente, il profilo di «rischio» ed i profili più protettivi

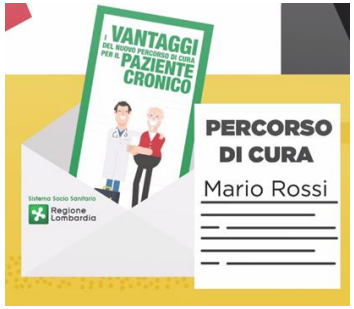
Regione Lombardia

LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO

- La **LETTERA**: dal 15 gennaio 2018 una **comunicazione personalizzata**, a firma ATS, a circa 3.200.000 pazienti cronici.

- Il **CALL CENTER**: dal **18 dicembre 2017**operatori appositamente formati dell'800.638.638 sono dedicati a fornire informazioni sulla nuova modalità di presa in carico.

- Hanno aderito al modello di presa in carico, su tutto il territorio lombardo OTTOBRE 2018



- 294 gestori
- 1072 erogatori
- 2.575 medici di medicina generale, 48% del totale
- 402 pediatri di libera scelta, 36% del totale

- 250.000 pazienti con manifestazione di interesse inoltrata
- 270.000 patto di cura effettuato

Regione Lombardia

RegioneLombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 754 Seduta del 05/11/2018

NUOVE MODALITA' DI GESTIONE ED ATTUAZIONE DEL PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO E/O FRAGILE ED APPROVAZIONE DEL PROTOCOLLO D'INTESA TRA L'ASSESSORATO AL WELFARE E LA FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

Regione Lombardia

DGR n. XI /754 del 05/11/2018

RITENUTO … di individuare **nell'allegato n. 1 "Precisazioni del ruolo del MMG/PLS nel processo di presa in carico"** - parte integrante e sostanziale del presente atto – ulteriori modalità per favorire e supportare il coinvolgimento del MMG/PLS singolo, non organizzato in forma aggregata, con i seguenti obiettivi:

- favorire la **piena adesione al processo** da parte dei pazienti cronici;
- valorizzare il **ruolo di referente clinico svolto dal medico di assistenza primaria**;
- **supportare il MMG/PLS clinical manager** in questo compito, mettendo a disposizione strumenti/servizi che lo sgravino nelle attività non cliniche necessarie all'effettiva realizzazione dei percorsi di presa in carico dei cittadini;
- **semplificare il percorso di accesso** alle prestazioni per il cittadino cronico;
- **favorire i rapporti tra MMG/PLS clinical manager e specialisti ospedalieri**, affinché il **MMG/PLS,** tenendo conto anche delle scelte libere dell'assistito, sia **di norma il redattore del PAI e clinical manager** del proprio assistito, fatta salva la possibilità che, **in casi di pazienti monopatologici e polipatologici complessi**, **il clinical manager**, inteso come coordinatore della presa in carico, sia **il medico specialista di una struttura;**

Regione Lombardia

RegioneLombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 913 Seduta del 03/12/2018

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
STEFANO BOLOGNINI
MARTINA CAMBIAGHI
DAVIDE CARLO CAPARINI
RAFFAELE CATTANEO
RICCARDO DE CORATO
MELANIA DE NICHILO RIZZOLI
PIETRO FORONI
GIULIO GALLERA
STEFANO BRUNO GALLI
LARA MAGONI
ALESSANDRO MATTINZOLI
SILVIA PIANI
FABIO ROLFI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

DETERMINAZIONI IN MERITO ALL'ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA SOCIOSANITARIA: APPROVAZIONE DELLE LINEE GUIDA PER L'ATTIVAZIONE E IL CONSOLIDAMENTO DELLE RETI CLINICO-ASSISTENZIALI REGIONALI

Regione Lombardia

LE RETI CLINICO-ASSISTENZIALI

*"un modello organizzativo che **assicura la presa in carico del paziente** mettendo in relazione, con **modalità formalizzate e coordinate**, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della **continuità assistenziale** e **dell'appropriatezza clinica e organizzativa**. La rete individua i **nodi** e le **relative connessioni** definendone le **regole** di funzionamento, il sistema di **monitoraggio**, i **requisiti di qualità e sicurezza** dei processi e dei percorsi di cura, di **qualificazione dei professionisti** e le modalità di **coinvolgimento dei cittadini**" (Agenas)*

- **necessità** scaturisce dalla **crescente complessità dei bisogni** sanitari e sociosanitari, che difficilmente possono trovare risposta in un'unica realtà aziendale.
- significa **evolvere da un modello di erogazione basato su regole e contratti** e fondato su relazioni gerarchiche tra i vari livelli organizzativi, **verso un modello** innovativo e dinamico, **che promuove fortemente la qualità e l'appropriatezza** di cura al servizio del paziente e a vantaggio della sostenibilità del sistema.

Regione Lombardia

RETI SANITARIE

Reti di patologia previste da DM 70

- rete ictus
- rete traumatologica
- rete neonatologica e punti nascita
- *rete medicine specialistiche*
- rete pediatrica
- rete trapiantologica
- rete terapia del dolore
- rete malattie rare
- rete emergenze cardiologiche

Reti clinico-assistenziali

- Rete Cardiologica Lombarda
- Rete Dermatologica Lombarda
- Rete Diabetologica Lombarda
- Rete Ematologica Lombarda
- Rete Epatologica Lombarda
- Rete Gastroenterologica Lombarda
- Rete Internistica Lombarda
- Rete Lombarda Accoglienza Medica Disabili
- Rete Lombarda della Nutrizione Clinica
- Rete Lombarda della Riabilitazione
- Rete Lombarda della Terapia del dolore
- Rete Lombarda delle Cure Palliative
- Rete Lombarda delle Neuroscienze
- Rete Lombarda delle Scienze Chirurgiche
- Rete Lombarda Malattie Infettive
- Rete Lombarda per l'integrazione e la governance dei PS
- Rete Lombarda UOOML
- Rete Nefrologica Lombarda
- Rete Oftalmologica Lombarda
- Rete Oncologica Lombarda
- Rete Ortopedica Lombarda
- Rete Otorinolaringoiatrica Lombarda
- Rete Pneumologica Lombarda
- Rete Reumatologica Lombarda
- Rete Trauma Lombarda
- Rete Urologica Lombarda

Regione Lombardia

La governance

Ogni rete clinico-assistenziale è una aggregazione di strutture e di figure professionali, il cui governo si articola su due livelli funzionali integrati:

Ambito Regionale - Cabina di Regia

La Cabina di Regia rappresenta il board di indirizzo e programmazione della rete.

Nella Cabina di Regia sono rappresentate le **componenti istituzionali, professionali e del volontariato.** Su specifiche tematiche che richiedono ulteriori competenze, la rete clinico-assistenziale può avvalersi del contributo di "**Commissioni tecniche**" costituite ad hoc che rappresentano una modalità operativa che consente di approfondire specifici temi per il raggiungimento delle finalità e degli obiettivi della rete.

Ambito territoriale - Dipartimento aziendale/interaziendale funzionale

La rete territoriale è l'insieme funzionale dei **nodi erogativi**, ossia di tutti i soggetti che partecipano alla rete stessa secondo i criteri definiti e delle **Associazioni di volontariato** coinvolte nel percorso assistenziale di cura e che operano nel territorio di una o più ASST.

Ciascuna ATS, in collaborazione con le ASST, gli erogatori e i gestori di riferimento territoriale, individua in relazione al bacino di utenza e alle peculiarità geografiche/orografiche, un Dipartimento Aziendale o Interaziendale, a cui affidare il **Coordinamento tecnico scientifico territoriale di ogni rete clinico-assistenziale.**

Regione Lombardia

AMBITO REGIONALE - CABINA DI REGIA

Componenti istituzionali, professionali e del volontariato. In particolare, la Cabina di Regia per ciascuna rete è così composta:

- **Direzione Generale regionale competente in materia di sanità;**
- **Direzione Generale dell'Ente Attuatore di ogni singola rete in rappresentanza delle Strutture di ricovero e cura;**
- **una Direzione Generale di ATS in rappresentanza delle ATS ;**
- **i Coordinatori degli ambiti territoriali (Reti Territoriali);**
- **un rappresentante delle Società Scientifiche di riferimento;**
- **rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta;**
- **un rappresentante delle Scienze Infermieristiche;**
- **un rappresentante delle professioni sanitarie di supporto all'attività della rete (Tecnici di radiologia/radioterapia, Psico-oncologi, Nutrizionisti ecc.);**
- **un rappresentante delle Associazioni di Volontariato e/o dei pazienti.**

La Cabina di Regia ha la durata di tre anni, rinnovabili, dalla data del provvedimento di nomina.
All'interno della Cabina di regia, la Direzione Generale di ATS in rappresentanza delle ATS, è individuata a rotazione e rimane in carica per la durata della Cabina di Regia stessa.

Regione Lombardia

ENTE ATTUATORE

È individuata per ogni rete clinico-assistenziale, una qualificata struttura sanitaria pubblica facente parte del Sistema Socio sanitario regionale ai sensi dell'Allegato A1, Sezione II, della l.r. 27/12/2006, n. 30 - quale Ente Attuatore della rete e in rappresentanza delle Strutture di ricovero e cura - che garantisce lo svolgimento delle funzioni di coordinamento operativo e di supporto alle attività della Cabina di Regia della rete stessa.

Le Strutture/Enti Attuatori sono individuate in base a uno o più dei seguenti criteri:

- **Struttura sede di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS);**
- **Struttura sede di Università;**
- **Struttura con expertise maturata negli anni nella trattazione della specifica casistica oggetto della rete clinico-assistenziale;**
- **Struttura con significativi di casi trattati e bacino d'utenza coperto;**
- **Struttura dotata di significativa esperienza di integrazione e sinergia con l'assistenza territoriale.**

Regione Lombardia

FINALITÀ

- garantire **equità e tempestività** di accesso alle cure per i pazienti;
- garantire elevati livelli di **sicurezza** nella gestione dei pazienti, dei dati e delle informazioni che li riguardano;
- garantire che gli **stessi standard** di prestazioni siano erogati in tutto il territorio regionale;
- migliorare **l'appropriatezza diagnostico-terapeutica e assistenziale**, grazie alla condivisione di conoscenze, competenze e informazioni e con riduzione dei tempi di attesa;
- assicurare la **presa in carico e la continuità assistenziale** attraverso la realizzazione di percorsi integrati tra gli specialisti delle diverse strutture ospedaliere e la medicina territoriale;
- assicurare la gestione della **patologia prevalente e delle principali comorbidità**;
- assicurare l'accesso **all'innovazione**;
- assicurare **l'integrazione** con le altre reti clinico-assistenziali e loro risorse;
- promuovere la **ricerca**;
- assicurare **qualità e sicurezza** delle cure;
- garantire ai pazienti **tempestiva accessibilità alle informazioni cliniche** relative al loro iter diagnostico-terapeutico;
- **coniugare l'appropriatezza** del percorso clinico-assistenziale con la **sostenibilità economica;**
- assicurare la **riduzione delle prestazioni inutili o inappropriate**;
- assicurare **formazione e aggiornamento** continuo del personale.

Regione Lombardia

PERCORSO
Rete Diabetologica Lombarda

formalizzazioni

dicembre 2018	DGR reti
gennaio 2019	cabina di regia - avvio attività
marzo	piano di rete

Regione Lombardia

Ente attuatore

È individuata per ogni rete clinico-assistenziale, una qualificata struttura sanitaria pubblica facente parte del Sistema Socio sanitario regionale ai sensi dell'Allegato A1, Sezione II, della l.r. 27/12/2006, n. 30 - quale Ente Attuatore della rete e in rappresentanza delle Strutture di ricovero e cura - che garantisce lo svolgimento delle funzioni di coordinamento operativo e di supporto alle attività della Cabina di Regia della rete stessa.

Le Strutture/Enti Attuatori sono individuate in base a uno o più dei seguenti criteri:

- **Struttura sede di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS);**
- **Struttura sede di Università;**
- **Struttura con expertise maturata negli anni nella trattazione della specifica casistica oggetto della rete clinico-assistenziale;**
- **Struttura con significativi di casi trattati e bacino d'utenza coperto;**
- **Struttura dotata di significativa esperienza di integrazione e sinergia con l'assistenza territoriale.**

Regione Lombardia

I soggetti che partecipano alla rete

I criteri fanno riferimento a due macro ordini di parametri:

1) la qualità, l'appropriatezza e la sicurezza delle prestazioni;
2) la distribuzione territoriale che favorisca gli accessi.

I criteri del primo ordine valutano i **volumi di attività svolta** con appropriatezza, **l'esperienza** degli operatori, la **disponibilità delle t**ecnologie indispensabili per i trattamenti, la **corretta modalità organizzativa** a partire dalla garanzia **dell'interdisciplinarietà** e **multiprofessionalità**.

I criteri che afferiscono al secondo ordine tengono conto della diffusione delle singole patologie, delle **caratteristiche territoriali e della logistica**, dell'esistenza di flussi storicamente e socialmente determinati verso centri di attrazione.

La **rete promuove e supporta le fondamentali funzioni e figure di coordinamento**: ***case manager*, *care manager* e *clinical manager*.** Per la maggior parte dei pazienti cronici la figura medica di riferimento è il **medico di medicina generale** che all'interno della rete, si integra e raccorda con i professionisti delle diverse aree cliniche, tecniche e assistenziali.

Regione Lombardia

I percorsi di presa in carico

Ciascuna rete definisce e aggiorna i percorsi di presa in carico di riferimento agli strumenti che consentono di **coniugare rigore scientifico e metodologico, qualità delle cure, equità delle prestazioni, appropriatezza diagnostica e terapeutica, compresa l'appropriata gestione dei farmaci "ad alto costo".**

Il modello di presa in carico adottato da Regione Lombardia evolve da un approccio top down - che focalizza l'attenzione sull' "appropriatezza" delle prestazioni erogate rispetto a standard di riferimento evidence-based (PDTA), coniugando tale modalità - ad un **approccio bottom-up**, che valorizza i modelli predittivi dei bisogni, correlando la cronicità principale con le diverse comorbilità e condizioni di fragilità e vulnerabilità al fine di corrispondere ai bisogni individuali.

Regione Lombardia

Monitoraggio e valutazione

L'efficacia e la funzionalità del modello organizzativo della rete e della sua capacità di raggiungere le finalità e gli obiettivi definiti, sono monitorati e misurati per consentire alla programmazione regionale di mettere a punto i necessari correttivi, sia organizzativi, che di sviluppo progettuale.

Le reti utilizzano i dati presenti nel sistema informativo regionale finalizzato alla valutazione e al monitoraggio dei livelli di efficienza, di efficacia, di qualità e sicurezza delle attività svolte.

Gli **indicatori** utilizzati ed i relativi standard di riferimento devono **interessare tutte le componenti della rete, ospedaliere e territoriali**. I parametri regionali considerano esperienze ed indicatori già condivisi nel **Nuovo Sistema di Garanzia coordinato dal Ministero della Salute, nel Piano Nazionale Esiti (PNE), coordinato da AGENAS e in progetti attivi tra Regioni, quale il Network delle Regioni, coordinato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa**.

Regione Lombardia

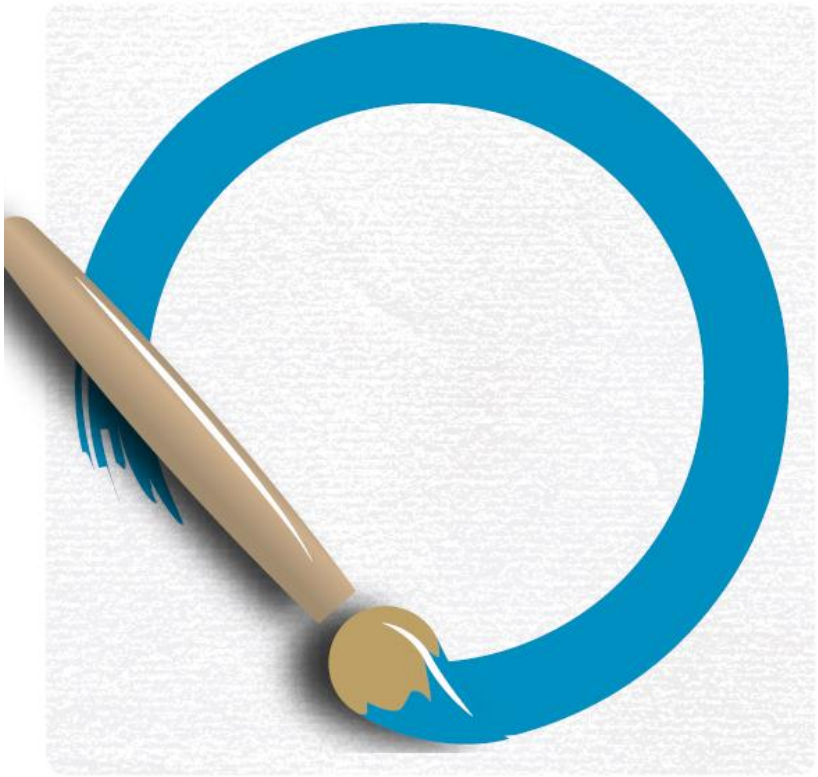
Continuità delle cure

Uno dei principali obiettivi delle reti clinico-assistenziali regionali è assicurare la continuità delle cure attraverso la **sinergia tra i diversi professionisti intra ed extra-ospedalieri favorita dal lavoro in team** e dall'elaborazione ed implementazione di percorsi di presa in carico condivisi.

La logica di rete valorizza il ruolo dei **Medici di Medicina Generale** e dei **professionisti territoriali**, realizzando un modello d'integrazione tra coloro che operano nell'Ospedale e nel Territorio. Tale modello assistenziale prevede la costruzione di appositi percorsi e la presa in carico da parte di un team multiprofessionale e multidisciplinare, caratterizzato da competenze sanitarie e sociali, nonché il monitoraggio, mediante adeguati strumenti di valutazione dell'appropriatezza, delle interfaccia tra i vari setting assistenziali.

Regione Lombardia

Contesti clinici	Medicina della Semplicità	Medicina della Complessità	Medicina del Caos
Metodo clinico	**Disease Oriented**	**Patient Oriented**	**Person Oriented**
Attenzione del medico	Gestione della malattia acuta di un solo organo	Management del numero di malattie croniche (comorbidity)	Management dei vari illness (multimorbidity)
Follow-up	Generalmente si limita a breve periodo di tempo	Interazione medico paziente presa in carico (ricovero- day service)	Interazione overtime
Relazione medico-paziente	Relazione professionale limitata alla prestazione Consenso comune	Relazione di fiducia Basso grado di condivisione	Relazione esistenziale
Obiettivo del medico	Guarigione di malattia acuta (Guidelines)	Co-management delle patologie croniche e ottimizzazione della politerapia farmacologica(Mindlines)	Il miglioramento dello stato di salute attraverso il management dei problemi di salute



con il patrocinio di

Federfarma Lombardia

FIMMG
FEDERAZIONE REGIONALE DELLA LOMBARDIA

MILANO

SALA CHAGALL
CENTRO CONGRESSI
PALAZZO STELLINE

C.so Magenta, 61

5 DICEMBRE 2018

ROADSHOW DIABETOLOGIA

DIABETE MELLITO E COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI

2018 MOTORE SANITÀ
Sanità Universale

Grazie per l'attenzione

Regione Lombardia