



# Regione Lombardia

---

DECRETO N. 10271

Del 26/07/2021

---

Identificativo Atto n. 523

DIREZIONE GENERALE WELFARE

Oggetto

RETI CLINICO ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVE - NOMINA DEI COMPONENTI DELL'ORGANISMO DI COORDINAMENTO E APPROVAZIONE DEL PIANO DI RETE DELLA RETE REGIONALE DI MEDICINA INTERNA.

---

L'atto si compone di \_\_\_\_\_ pagine

di cui \_\_\_\_\_ pagine di allegati

parte integrante



# Regione Lombardia

---

## IL DIRETTORE GENERALE

**RICHIAMATA** la DGR n. XI/1694 del 03/06/2019 *“Reti sociosanitarie: ulteriore evoluzione del modello per l’attivazione e implementazione delle nuove reti clinico-assistenziali e organizzative”* che:

- approva il documento *“Linee guida per l’attivazione e l’evoluzione delle reti clinico-assistenziali ed organizzative regionali”*;
- stabilisce che lo strumento idoneo per l’indirizzo e il governo delle reti, è rappresentato da un Organismo di Coordinamento per ogni singola rete, che realizzi un’area di raccordo tra il livello programmatico regionale, quello organizzativo gestionale delle Aziende e tecnico-scientifico degli operatori sociosanitari;
- stabilisce che la governance delle reti si articola, inoltre, nelle Commissioni Tecniche che rappresentano uno strumento tecnico-scientifico che consente di svolgere alcuni compiti attribuiti all’Organismo di Coordinamento e di approfondire specifici temi per il raggiungimento delle finalità e degli obiettivi della rete;
- dà mandato alla DG Welfare:
  - ✓ di nominare gli Organismi di Coordinamento e di rinnovarne la nomina allo scadere del termine di validità;
  - ✓ di approvare i Piani di Rete i quali costituiranno il documento di linee guida per l’avvio o l’evoluzione di ogni specifica rete e il programma di lavoro;

## RICHIAMATI

- il Decreto della DG Welfare n. 18447 del 17/12/2019 che ha nominato i componenti degli Organismi di Coordinamento e approvato i Piani di Rete delle Reti Cardiovascolare, Diabetico-endocrinologica, delle Neuroscienze, Oncologica e Reumatologica;
- il Decreto della DG Welfare n. 11269 del 25/09/2020 che ha nominato i componenti dell’Organismo di Coordinamento e approvato il Piano di Rete della Rete Nefrologica;

**RITENUTO**, ora di attivare la Rete regionale di Medicina Interna e di nominare i seguenti componenti dell’Organismo di Coordinamento della Rete:

- Dr. Matteo Corradin – Regione Lombardia, DG Welfare – Coordinatore Operativo;
- Dr. Fabrizio Colombo - ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano;



## Regione Lombardia

---

- Dr. Antonino Mazzone – ASST Ovest Milanese;
- Dr. Francesco Dentali – ASST Settelaghi;
- Dr. Sergio Berra – ASST Rhodense;
- Dr. Luigi Magnani – ASST Pavia;
- Dr. Ciro Canetta – Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore – Milano;
- Dr.ssa Chiara Cogliati - ASST Fatebenefratelli – Sacco - Milano;
- Dr. Nicola Montano - Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore – Milano;
- Dr. Alberto Benetti - ASST Papa Giovanni XXIII – Bergamo;
- Dr.ssa Maria Lorenza Muesan - ASST Spedali Civili – Brescia;
- Dr. Guido Moreo - Clinica San Carlo Paderno Dugnano;

**DATO ATTO** che l'Organismo di Coordinamento della Rete regionale di Medicina Interna è composto da professionisti in considerazione delle competenze tecnico-organizzative, scientifiche e della consolidata esperienza professionale negli ambiti di pertinenza del coordinamento stesso, coerentemente ai criteri e modalità previste dalla DGR n. XI/1694/2019;

**DATO ATTO** che:

- l'Organismo di Coordinamento ha durata di tre anni, rinnovabili, dalla data del provvedimento di nomina e comunque svolge le proprie funzioni fino alla nomina del nuovo Coordinamento;
- la partecipazione agli Organismi di Coordinamento o alle Commissioni Tecniche, non comporta alcun compenso per i componenti;

**PRECISATO** che nel documento *“Linee guida per l’attivazione e l’evoluzione delle reti clinico assistenziali ed organizzative regionali”* Allegato alla DGR n. XI/1694/2019, sono definiti e specificati i compiti degli Organismi di Coordinamento, delle Commissioni Tecniche e tutte le modalità di funzionamento dei predetti organismi di governance delle reti;

**STABILITO** che:

- l'Organismo di Coordinamento è presieduto dal Coordinatore Operativo e si riunisce ogniqualvolta ve ne sia necessità su iniziativa del Coordinatore;
- i componenti del Coordinamento sono tenuti a partecipare alle sedute di lavoro e in seguito all'assenza a tre convocazioni consecutive, si ritengono decaduti dall'incarico;

**RITENUTO** di approvare, inoltre, il Piano di Rete della Rete regionale di Medicina Interna, di cui all'Allegato - parte integrante del presente provvedimento;



## Regione Lombardia

---

### VISTE:

- la l.r. n. 20/2008 *“Testo unico delle Leggi regionali in materia di Organizzazione e Personale”*, nonché i provvedimenti organizzativi della XI legislatura;
- la l.r. n. 33/2009 *“Testo Unico delle leggi regionali in materia di Sanità”* e s.m.i.;

### DECRETA

- 1. Di attivare** la Rete regionale di Medicina Interna e di nominare i seguenti componenti dell'Organismo di Coordinamento della Rete:
  - Dr. Matteo Corradin – Regione Lombardia, DG Welfare – Coordinatore Operativo;
  - Dr. Fabrizio Colombo – ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano;
  - Dr. Antonino Mazzone – ASST Ovest Milanese;
  - Dr. Francesco Dentali – ASST Settelaghi;
  - Dr. Sergio Berra – ASST Rhodense;
  - Dr. Luigi Magnani – ASST Pavia;
  - Dr. Ciro Canetta – Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore – Milano;
  - Dr.ssa Chiara Cogliati - ASST Fatebenefratelli – Sacco - Milano;
  - Dr. Nicola Montano - Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore – Milano;
  - Dr. Alberto Benetti - ASST Papa Giovanni XXIII – Bergamo;
  - Dr.ssa Maria Lorenza Muietan - ASST Spedali Civili – Brescia;
  - Dr. Guido Moreo - Clinica San Carlo Paderno Dugnano.
- 2. Di dare atto** che l'Organismo di Coordinamento della Rete regionale di Medicina Interna è composto da professionisti in considerazione delle competenze tecnico-organizzative, scientifiche e della consolidata esperienza professionale negli ambiti di pertinenza del coordinamento stesso, coerentemente ai criteri e modalità previste dalla DGR n. XI/1694/2019.
- 3. Di dare atto** che:
  - l'Organismo di Coordinamento ha durata di tre anni, rinnovabili, dalla data del provvedimento di nomina e comunque svolge le proprie



## Regione Lombardia

---

- funzioni fino alla nomina del nuovo Coordinamento;
  - la partecipazione agli Organismi di Coordinamento o alle Commissioni Tecniche, non comporta alcun compenso per i componenti.
- 4. Di stabilire** che:
- l'Organismo di Coordinamento è presieduto dal Coordinatore Operativo e si riunisce ogniqualvolta ve ne sia necessità su iniziativa del Coordinatore;
  - i componenti del Coordinamento sono tenuti a partecipare alle sedute di lavoro e in seguito all'assenza a tre convocazioni consecutive, si ritengono decaduti dall'incarico.
- 5. Di approvare**, inoltre, il Piano di Rete della Rete regionale di Medicina Interna, di cui all'Allegato - parte integrante del presente provvedimento.
- 6. Di attestare** che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D. Lgs 33/2013.

IL DIRETTORE GENERALE

GIOVANNI PAVESI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

## **RETE INTERNISTICA: PIANO DI RETE 2021 – 2022**

### **1. Premessa**

La tradizionale concezione della Medicina Interna come specialità medica a bassa intensità di cura non risponde più alla realtà di reparti ospedalieri che accettano la grande maggioranza dei pazienti di area medica ricoverati per acuzie da Pronto Soccorso, con un elevato livello di complessità e carico assistenziale. Quindi, come già proposto anche in altre realtà europee, è necessario riorganizzare le aree mediche ospedaliere, valorizzando le competenze trasversali della medicina interna, che vanno da un'intensità di cura più elevata ad una valutazione integrata e più appropriata dei bisogni dei pazienti fragili e polipatologici. In linea con quanto sopra l'attuale emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da COVID-19 è stata gestita per buona parte proprio dalle unità di Medicina Interna, dove sono state organizzate anche aree sub-intensive di supporto alle unità di terapia intensive.

Il paziente che oggi impegna maggiormente le risorse del SSN è il paziente con diagnosi indefinita, destinato a multiple valutazioni specialistiche e ricoveri ospedalieri, ed il paziente cronico affetto da più patologie tra loro interagenti.

Questi pazienti dovrebbero incontrare "*ab initio*" uno specialista con una competenza multidisciplinare.

Per tali motivi Regione Lombardia costituisce l'Organismo di Coordinamento della rete Internistica, individuato quale strumento di governance dei processi di consultazione e programmazione, per favorire l'interazione virtuosa tra i soggetti che partecipano al network e che perseguono le finalità condivise in linea con gli obiettivi della programmazione regionale; in particolare l'attenzione è rivolta a definire le modalità organizzative per realizzare la connessione tra i nodi della rete per tutti gli ambiti di riferimento intervenendo secondo un definito ordine di priorità.

La Rete Internistica si concentra sulle patologie dell'adulto e in particolare sugli aspetti di organizzazione intraospedaliera, con particolare riferimento all'intensità di cura, di organizzazione della continuità assistenziale con il territorio, anche nell'ottica di un'ottimizzazione dei tempi di degenza con una riduzione degli stessi.

### **2. Quadro epidemiologico e analisi dei fabbisogni clinico-assistenziali**

Secondo il rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2018 in Italia sono presenti 1137 ospedali e 1052 strutture complesse di Medicina Interna con un numero di posti letto di 28.989 pari al 15.3% di tutti i posti letto totali (188.451) e un numero di ricoveri annuali per acuti di 995.951 pari al 16.2% di tutti i ricoveri (6.139.586). Le Medicine Interne quindi, in linea con quanto disposto dal Decreto Ministeriale n. 70 sugli standard ospedalieri del 2 Aprile 2015, sono pressoché ubiquitarie in tutti gli Ospedali Italiani rappresentando la specialità con il maggior numero di ricoveri e posti letto.

Oggi il quadro epidemiologico è profondamente mutato rispetto agli anni '80, trasformato dalla crescita lineare delle patologie croniche non-trasmissibili, cardiovascolari, metaboliche, oncologiche, dalla recrudescenza delle patologie infettive emergenti in un contesto di globalizzazione, dalla comorbidità e multimorbidità che affliggono una popolazione sempre più anziana e fragile.

L'ultimo documento della Commissione Europea sullo stato di salute della UE se da un lato certifica che l'Italia si caratterizza per una popolazione con elevata speranza di vita

alla nascita (83,1 anni) (dati confermati da una rilevazione Istat relativa al 2019), seconda solo alla Spagna, dall'altro ci dice che il notevole aumento della speranza di vita e i bassi tassi di fecondità hanno contribuito a un incremento costante della quota di popolazione di età pari o superiore a 65 anni.

(Health\_italy[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\\_chp\\_it\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_it_english.pdf)).

La popolazione italiana è una tra le più anziane al mondo e quasi il 20% supera i 65 anni di età e, secondo i dati Istat, questa quota è destinata a salire sino a raggiungere nel 2050 una proporzione di uno a tre, con circa l'8% degli italiani sopra gli 85 anni. Oggi, la metà degli italiani di età pari o superiore a 65 anni dichiara di essere affetto almeno da una malattia cronica, e più della metà degli italiani vivono gli anni di vita successivi ai 65 anni con problemi di salute e disabilità. Le malattie croniche quindi rappresentano una sfida enorme per il futuro dei sistemi sanitari, in particolare per quelli configurati su singole patologie e malattie d'organo e non su comorbidità e multimorbidità.

### **3. Obiettivi prioritari**

Gli obiettivi prioritari della rete internistica per il per il biennio 2021-2022 sono di seguito riportati.

#### **✓ Definizione dei livelli d'intensità di cura della Medicina Interna (Livello intraospedaliero)**

Se da un lato il rapporto annuale delle SDO a livello nazionale mostra negli anni un minor numero assoluto di ricoveri ospedalieri ordinari (6.139.586 nell'anno 2019 rispetto ai 9.369.583 dell'anno 1997) altresì evidenzia un progressivo aumento del peso medio dei DRG dei ricoveri ordinari dovuto prevalentemente proprio all'aumento del numero di ricoveri in Area Medica di questi pazienti "mediamente critici". Questi dati sono confermati dall'analisi dei primi DRG di Area Medica, che vede l'insufficienza cardiaca e shock (127), l'edema polmonare acuto (087), l'emorragia intracranica o infarto cerebrale (014) e la polmonite (089) come i primi DRG di dimissione.

Attualmente la medicina interna si trova ad accogliere pazienti instabili e critici per cui vi è la necessità di implementare aree ad alta intensità con livello assistenziale intermedio fra quello delle terapie intensive e le unità operative di diagnosi e cura. Si tratta di pazienti definibili "mediamente critici" che, pur non richiedendo cure intensive in senso stretto, presentano bisogni assistenziali maggiori di quelli normalmente forniti in un reparto tradizionale con necessità di monitoraggio clinico e strumentale continuo. La presenza di un'area ad intensità intermedia (*Intermediate Care Unit*) consente quindi flessibilità nella selezione dei pazienti e nei tempi di gestione, con minore esposizione alle complicanze tipiche del ricovero in quest'ultima nel rispetto della "proporzionalità delle cure" in una popolazione fragile. Inoltre, garantirebbe maggiori possibilità di trasferimento dall'area intensiva di pazienti ancora in fase di svezzamento (*step down*), fornendo garanzia di un alto setting assistenziale pur con un inferiore staff infermieristico. Tali aree garantiscono l'appropriatezza del ricovero e una fruizione più agile dei posti letto ospedalieri, nonché una maggior agilità e flessibilità.

#### **✓ Degenza media e continuità assistenziale**

Sul fronte della degenza media del paziente ricoverato in area internistica è obiettivo della rete procedere ad un monitoraggio della degenza media e formulare una proposta alla Direzione Generale Welfare i merito agli interventi correttivi da mettere in atto per la riduzione della degenza media in area internistica e l'appropriatezza del ricovero.

La Medicina Interna può inoltre giocare un ruolo centrale nell'organizzazione non solo del sistema ospedaliero ma anche nel legame con il territorio. Il problema dell'*overcrowding* del Pronto Soccorso può risolversi anche attraverso la definizione di percorso di transizione delle cure, sia verso strutture riabilitative che verso il domicilio, in accordo e con il supporto bidirezionale del Medico di Medicina Generale. La pandemia ha evidenziato con ancora più forza la necessità di progettare nuove forme di transizione di cura in cui medici ospedalieri e del territorio garantendo un rapporto bidirezionale.

#### ✓ **Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA)**

La maggior parte dei ricoveri nei reparti di area internistica sono rappresentati dalle riacutizzazioni di patologie croniche cardiorespiratorie (scompenso cardiaco congestizio, BPCO) o da patologie acute in pazienti polipatologici (polmonite, ictus come esempi). I PDTA di patologia devono tener conto anche del percorso intraospedaliero del paziente durante la degenza in area medica. E' prioritario aggiornare/definire, in sinergia con altri professionisti del settore, i documenti regionali relativi alle principali patologie croniche di interesse internistico.

#### ✓ **Medicina interna e territorio (Livello territoriale)**

La presa in carico del paziente con multimorbilità e politerapie non deve essere legata al concetto di singola malattia ma deve essere una presa in carico nel suo complesso. Per la cura di questi pazienti complessi non ci si può attenere solamente alle linee guida, la cura è una cura individuale che deve seguire un percorso personalizzato.

Rispetto all'approccio specialistico tradizionale che mette al centro la malattia (*disease-oriented*), un approccio focalizzato sul malato e sulla valutazione e gestione globale e multidisciplinare dei suoi problemi (*person-oriented*) è maggiormente in grado di cogliere il modo in cui diverse malattie interagiscono tra loro e di riconoscere elementi individuali o condizioni di vulnerabilità sociale, familiare ed economica che possono aggravare i problemi di salute.

Fondamentale è quindi attuare percorsi clinici personalizzati, congruenti col livello di complessità della malattia e le caratteristiche individuali del paziente, per migliorare la qualità della vita del malato e della sua famiglia e prevenire l'insorgenza di complicanze e la disabilità.

Questi pazienti vanno gestiti secondo approcci di sanità d'iniziativa, in grado di anticipare i bisogni di salute in modo proattivo, prima che la malattia insorga o si aggravi, nonché di garantire i livelli di assistenza differenziati in relazione al livello di rischio.

E' ormai noto che il modello organizzativo e "rete" è quello più funzionale, ma ancora più funzionale è il passaggio da rete di patologia a rete clinico-assistenziale con una spiccata procedura organizzativa per processo dove tutti i professionisti collaborano all'interno della filiera erogativa.

#### **4. Azioni**

Per il raggiungimento degli obiettivi nei tempi stabiliti, l'Organismo di coordinamento, anche attraverso la commissione tecnica:

- valuta le informazioni ricavabili da flussi correnti;
- rende disponibili criteri di appropriatezza e partecipa alla stesura di PDTA e di nuovi modelli organizzativi, poi condivisi a livello regionale.

#### **4.1 Commissioni Tecniche**

Per il raggiungimento degli obiettivi, l'Organismo di coordinamento si potrà avvalere di una commissione tecnica di supporto e analisi dei dati.

La commissione tecnica nell'ambito delle tematiche assegnate:

- effettua un'analisi di contesto a partire dallo studio della struttura di offerta e dai dati di attività;
- condivide le esperienze maturate in scala locale, valutandone l'esportabilità a livello regionale;
- propone modelli organizzativi e le modalità di sperimentazione degli stessi, personalizzate secondo le tematiche affrontate.

#### **4.2 Ricerca e formazione**

Le informazioni sugli ambiti più importanti di ricerca e gli eventuali *gap* nel panorama scientifico emersi dai lavori delle commissioni tematiche e dall'organismo di coordinamento saranno usate come contributo ad orientare i finanziamenti e le azioni a sostegno della ricerca.

In termini di formazione sono previsti eventi formativi coordinati dalla Direzione Generale Welfare sui percorsi organizzativi e gestionali delle reti clinico assistenziali rivolti a tutti gli specialisti di settore ai fini di diffondere i contenuti dei documenti elaborati dalle commissioni tematiche e rafforzare i nodi della rete.

#### **4.3 Comunicazione e informazione**

La comunicazione e l'informazione tra i professionisti della rete e verso i cittadini delle risultanze che emergeranno dai lavori saranno garantite attraverso i canali della comunicazione istituzionale sia a livello regionale che a livello aziendale.