



Regione Lombardia

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 NICHILLO 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 SOCIO SANITARIA: APPROVAZIONE DELLE LINEE GUIDA PER L'ATTIVAZIONE E IL CONSOLIDAMENTO DELLE RETI CLINICO-ASSISTENZIALI REGIONALI

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Luigi Cajazzo

Il Dirigente Aldo Bellini

L'atto si compone di 30 pagine

di cui 20 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DATO ATTO che Regione Lombardia già dal 2006, ha attivato le reti di patologia quale modello organizzativo di assistenza basato sul collegamento in rete delle strutture sanitarie;

DATO ATTO che il *“Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014”* – approvato con d.c.r. n. IX/88 del 17/11/2010 - la cui validità è stata prorogata dalla d.g.r. n. X/2989 del 23/12/2014 fino all'approvazione di un nuovo Piano - ribadisce che le reti costituiscono un modello di integrazione dell'offerta in grado di coniugare esigenze di specializzazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie, diffusione sul territorio di centri di eccellenza e di tecnologie ad elevato *standard*, sostenibilità economica e fabbisogni della collettività e dei professionisti;

RICHIAMATI i più recenti provvedimenti regionali in tema di reti di patologia:

- la d.g.r. n. X/1467 del 6/03/2014 che ha approvato il *“Progetto ROL 4: Managed care network”* finalizzato ad un'ulteriore implementazione della Rete Oncologica Lombarda – ROL;
- la d.g.r. n. X/3569 del 14/05/2015 *“Determinazioni in merito all'ulteriore sviluppo della Rete Ematologica Lombarda – REL Fase 2”* per garantire la continuità ed implementazione delle attività della Rete Ematologica;
- la d.g.r. n. VIII/9741 del 30/6/2009 *“Determinazioni in ordine alla realizzazione sperimentale della Rete Nefrologica Lombarda, in attuazione della d.g.r. n. 8501/2008”* che ha dato avvio alla Rete Nefrologica lombarda - ReNe;
- il decreto della DG Salute (ora Welfare) n. 7826 del 28/09/2015 *“Approvazione del documento di indirizzo per la gestione dei nuovi farmaci antivirali per la terapia dell'epatite C cronica e per l'attivazione della rete regionale HCV. Nomina del Comitato Esecutivo (CE) della rete”*;
- la d.g.r. n. X/6691 del 09/06/2017 *“Ulteriori disposizioni in merito al modello organizzativo della rete delle cure palliative e della rete di terapia del dolore in Lombardia”*;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute del 2/04/2015, n. 70 *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”* che, all'interno del disegno globale della rete ospedaliera, indica come necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale;

VISTA la l.r. n. 23 dell'11/08/2015 *“Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo:*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità)” che ha determinato una riorganizzazione complessiva della filiera erogativa secondo il paradigma della presa in carico globale e unitaria dei pazienti che deve coniugare l’esigenza di personalizzazione delle risposte in relazione alla complessità e stratificazione dei bisogni di salute al fine di mantenere sicurezza, appropriatezza e continuità assistenziale;

DATO ATTO che la l.r. n. 23/2015, in particolare sul tema della cronicità, ha operato uno dei fondamentali cambi di prospettiva prevedendo di sviluppare modelli organizzativi innovativi di presa in carico della persona cronica e/o fragile per assicurare l’integrazione e il raccordo tra tutte le competenze professionali coinvolte, ospedaliere e territoriali, confermando la necessità di specifiche reti di cura;

VISTA la legge regionale n. 33/2009 e s.m.i. e in particolare l’articolo 37, comma 3, il quale stabilisce che le reti clinico-assistenziali concretizzano il modello di presa in carico integrata, multiprofessionale e multidisciplinare, tra le altre, delle malattie croniche a maggior impatto sul Sistema Sociosanitario Lombardo a garanzia di percorsi di continuità assistenziale;

DATO ATTO che in attuazione della riforma del Sistema Sociosanitario e in linea con il Piano Nazionale della Cronicità – di cui all’Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 15/09/2016 - la Giunta Regionale ha adottato i seguenti provvedimenti che hanno definito la struttura operativa, i soggetti, i ruoli e le regole di funzionamento per avviare la nuova modalità di presa in carico della cronicità:

- d.g.r. n. X/4662 del 23/12/2015 “Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in regione Lombardia 2016-2018”;
- d.g.r. n. X/6164 del 30/01/2017 “Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell’art. 9 della legge n. 23/2015”;
- d.g.r. n. X/6551 del 04/05/2017 “Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell’art. 9 della legge regionale n. 33/2009”;
- d.g.r. n. X/7038 del 03/08/2017 “Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla d.g.r. n. X/6551 del 04/05/2017: riordino della rete di offerta e modalità di presa in



Regione Lombardia

LA GIUNTA

carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009”;

- *d.g.r. n. X/7655 del 28/12/2017 “Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della d.g.r. n. X/6551 del 04/05/2017”;*

RICHIAMATA la d.g.r. n. X/7600 del 20/12/2017 “*Determinazione in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018*” che:

- indica la necessità di definire il passaggio dal modello delle reti di patologia al modello organizzativo delle reti clinico-assistenziali per le reti già attivate in Lombardia e/o previste dal D.M. n. 70/2015;
- sintetizza gli elementi costitutivi che devono caratterizzare le reti clinico-assistenziali;
- indica che la struttura regionale di *governance* delle reti sarà costituita da un apposito organismo - Cabina di Regia regionale - rappresentativo delle componenti istituzionali e professionali e dei principali stakeholder;

CONSIDERATO che:

- un territorio ampio, articolato, densamente popolato e in continua evoluzione come quello lombardo, pone una domanda di salute ed assistenza caratterizzata dalla complessità e multidimensionalità dei bisogni;
- in questo scenario si innesta una delle priorità dei sistemi sanitari evoluti, ovvero la domanda di servizi sociosanitari per i soggetti anziani e/o affetti da patologie croniche che negli ultimi anni è sempre più consistente determinando, di conseguenza, un aumento delle risorse da destinare a questa fascia di popolazione;
- la possibilità che il Sistema Sociosanitario regionale possa continuare ad assorbire in modo adeguato la domanda di salute dei cittadini, è rappresentata dalla revisione ed innovazione dei modelli organizzativi attraverso cui viene articolata la rete d'offerta;

RITENUTO pertanto, in coerenza con il cambio di paradigma imposto dalla l.r. n. 23/2015, con lo scenario descritto, con le proiezioni future dei bisogni di salute e in attuazione delle disposizioni della d.g.r. n. X/7600 del 20/12/2017, di attivare il processo di evoluzione del modello organizzativo delle reti di patologia al modello delle reti clinico-assistenziali dove l'accento è posto principalmente sull'integrazione dell'offerta tra l'ospedale e i servizi territoriali al fine di coniugare continuità della presa in carico e sostenibilità del sistema;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTO il documento dal titolo *“Linee guida per l’attivazione e il consolidamento delle reti clinico-assistenziali regionali”* presentato dalla DG Welfare e condiviso prioritariamente con gli stakeholders coinvolti a vario titolo nel processo di erogazione dei servizi sociosanitari;

RITENUTO:

- che il documento in questione fornisce, sulla base delle indicazioni della d.g.r. n. X/7600/2017, le linee guida e approfondisce gli elementi fondamentali che devono costituire l’architettura necessaria per avviare e stabilizzare il passaggio dal modello organizzativo delle reti di patologia al modello organizzativo delle reti clinico-assistenziali;
- di approvare, pertanto, il documento dal titolo *“Linee guida per l’attivazione e il consolidamento delle reti clinico-assistenziali regionali”* – di cui all’Allegato 1) parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO che il governo di ogni rete clinico-assistenziale, ai fini di un più efficace funzionamento, si articola su due livelli integrati:

- A) Governo Regionale coordinato dalla Cabina di Regia (CdR), la quale, in merito a specifici temi, può avvalersi del contributo scientifico di Commissioni Tecniche (CT) costituite ad hoc;
- B) Ambito territoriale (o Rete Territoriale) ognuno con un proprio Coordinamento (Dipartimento Aziendale/Interaziendale) quale insieme funzionale dei nodi erogativi, ossia di tutti i soggetti coinvolti nel percorso assistenziale – ASST, erogatori e gestori di riferimento territoriale, rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, Associazioni di Volontariato - che operano nel territorio di una o più ASST; il Dipartimento Aziendale o Interaziendale, nella sua funzione di coordinamento della rete locale si può dotare di Commissioni Tecniche Territoriali (CTT) che rappresentano una modalità operativa che consente di approfondire specifici temi per il raggiungimento delle finalità e degli obiettivi della rete locale, in coerenza con quanto definito dalla Cabina di Regia;

STABILITO che:

- la Cabina di Regia rappresenta il *board* di indirizzo e di governo di ogni singola rete in grado di assicurare un’area di raccordo tra il livello



Regione Lombardia

LA GIUNTA

programmatorio regionale e quello organizzativo gestionale delle Aziende sanitarie regionali;

- l'Ambito Territoriale (o Rete Territoriale) rappresenta lo strumento idoneo per favorire il processo di integrazione e le sinergie dei soggetti erogatori che costituiscono le reti clinico-assistenziali;
- la Cabina di Regia ha la durata di tre anni, rinnovabili, dalla data del provvedimento di nomina;
- la partecipazione alle sedute non comporta alcun compenso per i componenti;
- le funzioni, le figure professionali che compongono la CdR, la Rete Territoriale, nonché le relative Commissioni Tecniche e altri elementi che costituiscono le modalità operative dei predetti organismi di *governance* delle reti clinico-assistenziali, sono specificati nel documento *“Linee guida per l’attivazione e il consolidamento delle reti clinico-assistenziali regionali”*;

RITENUTO necessario individuare per ogni rete clinico-assistenziale regionale, 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 – che garantisca, a livello regionale, lo svolgimento delle funzioni di coordinamento operativo e di supporto alle attività della Cabina di Regia della rete stessa;

STABILITO che 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 volumi di casi trattati e bacino d'utenza coperto;
- Strutture dotate di significativa esperienza di integrazione e sinergia con l'assistenza territoriale;

RITENUTO di approvare, pertanto, l'elenco delle reti clinico-assistenziali che saranno riorganizzate o attivate ex novo, con l'individuazione delle rispettive Strutture sanitarie indicate quali Enti Attuatori - di cui l'Allegato 2) parte integrante del presente provvedimento;

STABILITO di dare mandato:



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- alla DG Welfare con propri successivi provvedimenti di nominare i componenti delle Cabine di Regia delle varie reti clinico-assistenziali;
- alle ATS - in collaborazione con le ASST, gli erogatori e i gestori di riferimento territoriale – di individuare in relazione al bacino di utenza e alle peculiarità geografiche/orografiche, un Dipartimento funzionale Aziendale o Interaziendale a cui affidare il Coordinamento tecnico scientifico territoriale di ogni rete clinico-assistenziale. In caso di Dipartimenti Interaziendali, il coordinamento è affidato ad una ASST capofila;

STABILITO che:

- la Cabina di Regia di ogni rete deve proporre alla DG Welfare per la successiva approvazione, un Piano di Rete costitutivo il quale deve essere predisposto sviluppando gli argomenti secondo l'indice indicato nell'Allegato 1);
- con il provvedimento di approvazione dei Piani di Rete costitutivi, saranno contestualmente assegnate agli Enti Attuatori delle reti, le risorse per svolgere le funzioni indicate nell'Allegato 1), le quali sono quantificate per ogni esercizio annuale in sede di determinazione delle regole di gestione del Sistema Sociosanitario.

STABILITO di dare mandato alla DG Welfare, con propri provvedimenti, di costituire nuove eventuali reti clinico-assistenziali oltre a quelle definite nell'Allegato 2) che presentino i requisiti e le caratteristiche esplicitate nell'Allegato 1) e secondo le modalità procedurali stabilite dal presente provvedimento;

VAGLIATE ed assunte come proprie dette valutazioni;

A VOTI UNANIMI, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare per le ragioni espresse in premessa, il documento dal titolo *“Linee guida per l’attivazione e il consolidamento delle reti clinico-assistenziali regionali”* – di cui all'Allegato 1) parte integrante del presente provvedimento;

2. di stabilire che il governo di ogni rete clinico-assistenziale, ai fini di un più efficace funzionamento, si articola su due livelli integrati:



Regione Lombardia

LA GIUNTA

A) Governo Regionale coordinato dalla Cabina di Regia (CdR), la quale, in merito a specifici temi, può avvalersi del contributo scientifico di Commissioni Tecniche (CT) costituite ad hoc;

B) Ambito territoriale (o Rete Territoriale) ognuno con un proprio Coordinamento (Dipartimento Aziendale/Interaziendale) quale insieme funzionale dei nodi erogativi, ossia di tutti i soggetti coinvolti nel percorso assistenziale – ASST, erogatori e gestori di riferimento territoriale, rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, Associazioni di Volontariato - che operano nel territorio di una o più ASST; il Dipartimento Aziendale o Interaziendale, nella sua funzione di coordinamento della rete locale si può dotare di Commissioni Tecniche Territoriali (CTT) che rappresentano una modalità operativa che consente di approfondire specifici temi per il raggiungimento delle finalità e degli obiettivi della rete locale, in coerenza con quanto definito dalla Cabina di Regia;

3. di stabilire che:

- la Cabina di Regia rappresenta il *board* di indirizzo e di governo di ogni singola rete in grado di assicurare un'area di raccordo tra il livello programmatico regionale e quello organizzativo gestionale delle Aziende sanitarie regionali;
- l'Ambito Territoriale (o Rete Territoriale) rappresenta lo strumento idoneo per favorire il processo di integrazione e le sinergie dei soggetti erogatori che costituiscono le reti clinico-assistenziali;
- la Cabina di Regia ha la durata di tre anni, rinnovabili, dalla data del provvedimento di nomina;
- la partecipazione alle sedute non comporta alcun compenso per i componenti;
- le funzioni, le figure professionali che compongono la CdR, la Rete Territoriale, nonché le relative Commissioni Tecniche e altri elementi che costituiscono le modalità operative dei predetti organismi di *governance* delle reti clinico-assistenziali, sono specificati nel documento "*Linee guida per l'attivazione e il consolidamento delle reti clinico-assistenziali regionali*" di cui al punto 1;

4. di individuare per ogni rete clinico-assistenziale regionale, 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



Regione Lombardia

LA GIUNTA

della rete – che garantisca, a livello regionale, lo svolgimento delle funzioni di coordinamento operativo e di supporto alle attività della Cabina di Regia della rete stessa;

5. di stabilire che 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 volumi di casi trattati e bacino d'utenza coperto;
- Strutture dotate di significativa esperienza di integrazione e sinergia con l'assistenza territoriale;

6. di approvare l'elenco delle reti clinico-assistenziali che saranno riorganizzate o attivate ex novo, con l'individuazione delle rispettive Strutture sanitarie individuate quali Enti Attuatori - di cui l'Allegato 2) parte integrante del presente provvedimento;

7. di dare mandato:

- alla DG Welfare con propri successivi provvedimenti di nominare i componenti delle Cabine di Regia delle varie reti clinico-assistenziali;
- alle ATS - in collaborazione con le ASST, gli erogatori e i gestori di riferimento territoriale – di individuare in relazione al bacino di utenza e alle peculiarità geografiche/orografiche, un Dipartimento funzionale Aziendale o Interaziendale a cui affidare il Coordinamento tecnico scientifico territoriale di ogni rete clinico-assistenziale. In caso di Dipartimenti Interaziendali, il coordinamento è affidato ad una ASST capofila;

8. di stabilire che:

- la Cabina di Regia di ogni rete deve proporre alla DG Welfare per la successiva approvazione, un Piano di Rete costitutivo il quale deve essere predisposto sviluppando gli argomenti secondo l'indice indicato nell'Allegato 1);
- con il provvedimento di approvazione dei Piani di Rete costitutivi, saranno contestualmente assegnate agli Enti Attuatori delle reti, le risorse per svolgere le funzioni indicate nell'Allegato 1), le quali sono quantificate per



Regione Lombardia

LA GIUNTA

ogni esercizio annuale in sede di in sede di determinazione delle regole di gestione del Sistema Sociosanitario;

9. di dare mandato alla DG Welfare, con propri provvedimenti, di costituire nuove eventuali reti clinico-assistenziali oltre a quelle definite nell'Allegato 2), che presentino i requisiti e le caratteristiche esplicitate nell'Allegato 1) e secondo le modalità procedurali stabilite dal presente provvedimento.

IL SEGRETARIO
FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Allegato 2**Reti clinico-assistenziali e corrispondenti Enti Attuatori**

Rete clinico-assistenziale	Ente Attuatore
Rete Cardiologica Lombarda	IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia
Rete Dermatologica Lombarda	ASST Spedali Civili Brescia
Rete Diabetologica Lombarda	IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milano
Rete Ematologica Lombarda	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
Rete Epatologica Lombarda	ASST Papa Giovanni XXIII
Rete Gastroenterologica Lombarda	IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milano
Rete Internistica Lombarda	ASST Ovest Milano
Rete Lombarda Accoglienza Medica Disabili	ASST Santi Paolo e Carlo
Rete Lombarda della Nutrizione Clinica	IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia
Rete Lombarda della Riabilitazione	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
Rete Lombarda della Terapia del dolore	ASST dei Sette Laghi
Rete Lombarda delle Cure Palliative	IRCCS Istituto Nazionale Tumori
Rete Lombarda delle Neuroscienze	IRCCS Istituto Neurologico Besta
Rete Lombarda delle Scienze Chirurgiche	ASST Fatebenefratelli Sacco
Rete Lombarda Malattie Infettive	ASST Fatebenefratelli Sacco
Rete Lombarda per l'integrazione e la governance dei PS	ASST Papa Giovanni XXIII
Rete Lombarda UOOML	IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milano
Rete Lombarda delle insufficienze d'organo e sistema regionale trapianti	IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milano
Rete Materno Neonatale e Pediatrico-adolescenziale	IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milano
Rete Nefrologica Lombarda	ASST Spedali Civili Brescia
Rete Oftalmologica Lombarda	ASST Fatebenefratelli Sacco
Rete Oncologica Lombarda	IRCCS Istituto Nazionale Tumori
Rete Ortopedica Lombarda	ASST Gaetano Pini
Rete Otorinolaringoiatrica Lombarda	ASST Santi Paolo e Carlo
Rete Pneumologica Lombarda	ASST Monza
Rete Reumatologica Lombarda	IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia
Rete Trauma Lombarda	ASST Papa Giovanni XXIII
Rete Urologica Lombarda	ASST Spedali Civili Brescia

Allegato 1

LINEE GUIDA PER L'ATTIVAZIONE E IL CONSOLIDAMENTO DELLE RETI CLINICO-ASSISTENZIALI REGIONALI

Sommario

DALLE RETI DI PATOLOGIA ALLE RETI CLINICO-ASSISTENZIALI	2
Il contesto	2
La riforma del sistema socio-sanitario regionale.....	3
La presa in carico della cronicità	3
L'evoluzione del modello organizzativo della rete d'offerta	5
LE RETI CLINICO-ASSISTENZIALI: LE CARATTERISTICHE ESSENZIALI DEL MODELLO ORGANIZZATIVO	6
Definizione.....	6
Finalità	7
Obiettivi	7
Presupposti costitutivi.....	8
LE RETI CLINICO-ASSISTENZIALI: GLI ELEMENTI COSTITUTIVI	8
I soggetti che partecipano alla rete	8
Modello organizzativo della Rete clinico-assistenziale	9
Governare Regionale e suo coordinamento – Cabina di Regia	9
Ambito territoriale e suo coordinamento	11
COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	13
I PERCORSI DI PRESA IN CARICO	13
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	14
GLI INDICATORI.....	14
CONTINUITÀ DELLE CURE	14
APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE/MULTIPROFESSIONALE.....	15
PIANO DI RETE	16
Piano di rete costitutivo	16
Piano di rete annuale.....	17
PUNTI DI ACCESSO.....	17
RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E DEI PAZIENTI.....	18
RICERCA	18
FORMAZIONE.....	19

DALLE RETI DI PATOLOGIA ALLE RETI CLINICO-ASSISTENZIALI

Il contesto

Un territorio ampio, articolato, densamente popolato e in continua evoluzione come quello lombardo, pone una domanda di salute ed assistenza caratterizzata dalla complessità e multidimensionalità dei bisogni.

In questo scenario, inoltre, si innesta una delle priorità dei sistemi sanitari evoluti, ovvero la domanda di servizi sociosanitari per i soggetti anziani e/o affetti da patologie croniche che negli ultimi anni è diventata sempre più consistente determinando, di conseguenza, un aumento delle risorse da destinare a questa fascia di popolazione.

I dati delle fonti ufficiali internazionali e nazionali (Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS, Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico – OCSE, ISTAT, Ministero della Salute) stimano che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello globale sia oggi assorbito dalla gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più importante alla luce delle recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo. La tendenza che i malati cronici e/o fragili assorbano quote progressivamente crescenti di risorse per la stratificazione dei bisogni e per le condizioni di poli-patologia, è confermata anche dai dati di Regione Lombardia che rilevano 3.500.000 pazienti cronici, mono o più spesso pluripatologici, su 10.000.000 abitanti. Questi cittadini assorbono oltre il 70% delle risorse e in relazione alle loro patologie e bisogni, possono essere descritti nei seguenti livelli:

- ✓ Livello 1 - (170.000 soggetti) pazienti con varie condizioni morbose di complessità tale da richiedere cure ospedaliere o residenziali (in emergenza-urgenza o in reparti ad alta intensità di cura o di alta specializzazione), una lunga fase riabilitativa e un follow-up territoriale nei casi in cui si risolve la fase acuta, con necessità di interventi di tipo sociosanitario o, nei casi terminali, di cure palliative domiciliari e hospice. Si tratta di pazienti fragili, non autosufficienti con bisogni che richiedono forte integrazione dei percorsi tra area sanitaria e sociosanitaria;
- ✓ Livello 2 - (1.300.000 soggetti) pazienti poli-patologici, con malattie croniche già complicate o con più condizioni morbose concomitanti che richiedono l'intervento frequente di specialisti per il follow-up e la stabilizzazione di malattia. La gestione di questi pazienti richiede il raccordo continuo tra più professionisti del livello specialistico e territoriale, per il coordinamento delle terapie e il conseguente follow-up;
- ✓ Livello 3 - (2.030.000 soggetti) pazienti con mono-patologia cronica in stadio iniziale che richiede supporto all'auto-cura, monitoraggio frequente, o interventi di promozione della salute o di prevenzione secondaria. Tali pazienti trovano naturale e prevalente risposta nell'ambito territoriale delle Cure Primarie.

A fronte dello scenario sopra descritto, Regione Lombardia già dal 2006, ha attivato le reti di patologia (*Rete Oncologica; Rete Ematologica; Rete Nefrologica; Rete Stroke; Rete Stemi; Rete Trauma; Rete Udito; Rete Epilessia, Rete Epatologica, Rete Terapia del Dolore, Rete Cure Palliative...*), quale modello organizzativo di assistenza basato sul collegamento in rete delle strutture sanitarie che meglio risponde all'evidenza che la crescente complessità dei bisogni sanitari e sociosanitari difficilmente possono trovare risposta in un'unica realtà aziendale.

L'organizzazione in rete è sostenuta anche dal Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", che all'interno del disegno globale della rete ospedaliera, indica come necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale.

La riforma del sistema sociosanitario regionale

Con la legge regionale n. 23/2015 è stato avviato il percorso di evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo (SSL). Nel nuovo Sistema sono state istituite le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e le Asl sono state sostituite con le nuove Agenzie di Tutela della Salute (ATS).

La l.r. n. 23/2015 ha attribuito alle ASST il compito di erogare i servizi nell'ambito di due poli di offerta aziendali: il settore rete territoriale ed il settore polo ospedaliero con offerte proprie, ma reciprocamente complementari che ricompongono in un ambito unitario di erogazione, la risposta più funzionale ai bisogni del paziente attraverso processi di raccordo dei servizi interni ed esterni alla stessa ASST. La ASST, dunque, con le sue nuove funzioni costituisce la cornice organizzativa dei servizi anche territoriali.

Il processo di trasformazione in ASST delle precedenti Aziende, rappresenta una svolta organizzativa che consente flessibilità e maggiore possibilità di adattamento alle mutate caratteristiche dei processi d'offerta in risposta ai cambiamenti della domanda di salute e all'aumento di fasce di pazienti a forte necessità di integrazione di assistenza ospedaliera e territoriale (cronici, anziani fragili, ecc.). In particolare, la nuova ASST deve fornire risposte efficaci e di qualità alla domanda di pazienti cronici (andamento evolutivo di malattia, complicanze e comorbidità) e in generale di pazienti caratterizzati da contatti ripetuti con il SSL sia interni, che esterni all'ospedale ("*frequent user*").

Il Titolo IV della riformata l.r. n. 33/2009, all'articolo 37, stabilisce che le reti clinico-assistenziali sono la modalità di presa in carico delle malattie croniche a maggior impatto sul Sistema Sociosanitario Lombardo.

La legge di riforma impone un cambiamento profondo del Sistema sociosanitario regionale che deve essere ripensato secondo il paradigma della medicina personalizzata per consentire risposte di cura commisurate alla specificità dei bisogni in funzione di una sempre maggiore efficacia della presa in carico attraverso un'intensità assistenziale differenziata.

La presa in carico della cronicità

Sul tema della cronicità, la l.r. n. 23/2015 ha operato uno dei fondamentali cambi di prospettiva prevedendo di sviluppare modelli organizzativi innovativi di presa in carico della persona cronica o fragile, in grado di assicurare l'integrazione e il raccordo tra tutte le competenze professionali coinvolte, ospedaliere e territoriali, confermando la necessità di specifiche reti di cura.

La presa in carico del soggetto con fragilità e/o con patologie croniche ha assunto un ruolo prioritario nella programmazione degli interventi sociosanitari. La riforma sancisce un cambiamento di paradigma nella gestione in virtù delle caratteristiche cliniche, assistenziali, psicologiche e sociali di tali soggetti, evolvendo verso un sistema orientato alla presa in carico di fasce diverse di utenza in relazione ai rispettivi bisogni di cura e assistenza e finalizzato a migliorare l'accessibilità ai servizi e assicurare la gestione integrata dell'intero percorso del paziente.

Si rende necessario, in quest'ottica, il superamento dell'approccio specialistico tradizionale, per focalizzarsi sul paziente, sulla valutazione globale, multiprofessionale e multidisciplinare dei suoi bisogni, al fine di promuovere la dignità della persona e la qualità della vita.

La l.r. n. 23/2015 impone di ridefinire l'intera filiera dei servizi al fine di rispondere ad una logica unitaria in grado di superare i tradizionali confini tra Ospedale e Territorio, di integrare gli ambiti di intervento sanitari, sociosanitari e sociali, garantendo la presa in carico del paziente lungo l'intero percorso preventivo, diagnostico-terapeutico ed assistenziale.

In attuazione della legge regionale di riforma del Sistema sanitario e in linea con il Piano Nazionale della Cronicità, alcuni successivi atti di Giunta ne hanno concretizzato la struttura operativa definendone gli attori, i ruoli, le regole e il funzionamento.

La Giunta Regionale ha adottato i seguenti provvedimenti per avviare la nuova modalità di presa in carico introdotta dalla l.r. n. 23/2015:

- DGR n. X/4662 del 23/12/2015 *“Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in regione Lombardia 2016-2018”*;
- DGR n. X/6164 del 30/01/2017 *“Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015”*;
- DGR n. X/6551 del 04/05/2017 *“Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009”*;
- DGR n. X/7038 del 03/08/2017 *“Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla d.g.r. n. X/6551 del 04/05/2017: riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009”*;
- DGR n. X/7655 del 28/12/2017 *“Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della d.g.r. n. X/6551 del 04/05/2017”*.

Il passaggio all'approccio olistico si concretizza innanzitutto nella capacità, sia a livello di sistema, che degli erogatori di prestazioni, di spostare ed estendere il focus dai singoli e specifici episodi di cura alla presa in carico complessiva della persona, in relazione ai suoi bisogni e all'evoluzione di questi nel tempo, tenendo in considerazione anche il contesto sociale e relazionale in cui è inserita.

Si rende pertanto necessario intervenire su più direttrici:

- conoscenza e approfondimento dei bisogni della popolazione;
- evoluzione degli assetti organizzativi;
- valorizzazione e sviluppo di capacità organizzative/gestionali correlate ai nuovi modelli di gestione integrata della cronicità, a superamento ed integrazione delle competenze specialistiche;
- definizione ed implementazione delle funzioni di coordinamento, con particolare riguardo alle figure di *case manager*, *care manager* e di medico referente *clinical manager*;
- costituzione di reti integrate di erogatori accreditati e/o a contratto per la presa in carico e di reti sussidiarie di supporto che intervengono in presenza di fragilità sanitarie, sociali e socioeconomiche;
- integrazione ed interoperabilità dei sistemi informativi dei diversi nodi della rete/operatori.

La *governance* dei processi erogativi, in tale prospettiva, deve essere orientata non solo ad erogare prestazioni in modo appropriato ed efficiente, ma anche a garantire il coordinamento della presa in

carico e del percorso di cura attraverso connessioni e interdipendenze organizzative tra i diversi livelli di erogazione.

La programmazione del percorso e la presa in carico “proattiva” puntano ad offrire all’individuo e al sistema una gestione efficace delle malattie croniche che richiedono continuità nell’azione di prevenzione e cura, superando l’eventuale discontinuità assistenziale, talora percepita come abbandono istituzionale tipico delle fasi di passaggio (dimissioni, trasferimenti, ecc.), soprattutto quando siano necessari e/o coinvolti molteplici interlocutori e/o diverse modalità assistenziali.

L’evoluzione del modello organizzativo della rete d’offerta

Il Sistema Sociosanitario Lombardo ha costruito nel tempo una rete di offerta articolata e differenziata con capacità di innovazione, di coinvolgimento di risorse pubbliche e private, di ricerca, di partecipazione attiva della popolazione, anche attraverso forme di associazionismo. Tuttavia, a fronte della complessità della domanda di salute di una popolazione con livelli di fragilità e cronicità sempre maggiori, l’attuale sistema necessita di superare la frammentazione dei processi erogativi che ancora persistono.

La possibilità che il Sistema sociosanitario regionale possa continuare ad assorbire in modo adeguato la domanda di salute dei cittadini-utenti è rappresentata dalla revisione ed innovazione dei modelli organizzativi attraverso cui viene articolata la rete d’offerta.

Lo scenario descritto e le proiezioni future dei bisogni di salute, impongono la necessità di segnare l’evoluzione dal modello organizzativo delle reti di patologia al modello delle reti clinico-assistenziali dove l’accento è posto principalmente sull’integrazione dell’offerta tra l’ospedale e i servizi territoriali al fine di coniugare continuità della presa in carico e sostenibilità del sistema.

Un sistema sanitario improntato a principi di efficienza, efficacia, qualità, sicurezza e sostenibilità economica oggi deve innanzitutto realizzare percorsi che consentano di gestire in modo più appropriato le fasi della malattia: quelle che richiedono il ricovero in centri di eccellenza ad alta complessità; quelle che necessitano, invece, del ricovero in strutture meno complesse, oppure gestite al domicilio del paziente in condivisione con il medico di famiglia, con conseguenti rilevanti vantaggi psicologici e pratici per la persona ed ottimizzazione della spesa sanitaria.

Regione Lombardia con il presente documento, intende fornire e approfondire le linee guida e gli elementi fondamentali che devono costituire l’architettura necessaria per avviare e stabilizzare il passaggio dal modello organizzativo delle reti di patologia al modello organizzativo delle reti clinico-assistenziali.

Il passaggio dalla rete di patologia alla rete clinico assistenziale rappresenta dal punto di vista gestionale, il passaggio dal PDTA standard al PAI (piano di assistenza individuale). Al riguardo si richiama il seguente passaggio del piano nazionale della cronicità: *"Affrontare 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. Su tale base acquisisce valore il concetto di medical generalism, in cui la conoscenza della persona nel suo intero e dei suoi bisogni, la visione continua degli eventi (non solo) sanitari del singolo soggetto - integrate con le conoscenze basate sulle evidenze - determinano scelte più*

appropriate e fattibili per il singolo paziente (evidence based practice). Il risultato di tale processo fondamentale applicato ai pazienti con malattie croniche è quello di una programmazione di un percorso di cura individuale. La programmazione e l'esecuzione effettiva nel tempo di prestazioni sanitarie per i pazienti con malattia cronica rappresentano quindi una fonte di conoscenza che può aiutare a identificare percorsi alternativi fattibili adeguati alla gestione di pazienti cronici con multi-morbilità. 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. Tale approccio può rappresentare uno strumento di analisi della reale implementazione della evidence-based practice come elaborazione e contestualizzazione individuale della evidence based healthcare".

Nella rete clinico assistenziale si realizza, quindi nei fatti, una sintesi tra le linee guida ed i PDTA e la conoscenza e le scelte cliniche attuate per il singolo caso o per casi ad esso simili e già affrontati nel corso dell'attività professionale, avendo come riferimento i pattern di servizi sopra menzionati.

LE RETI CLINICO-ASSISTENZIALI: LE CARATTERISTICHE ESSENZIALI DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

Definizione

Multidisciplinarietà e multiprofessionalità, *evidence based medicine*, equità di accesso alle cure, continuità della presa in carico, centralità del paziente, sono i cardini che costituiscono le reti clinico-assistenziali.

Le organizzazioni sanitarie sono per eccellenza organizzazioni basate sulle conoscenze: tecniche, scientifiche, clinico-assistenziali, gestionali, individuali e sociali e in quanto tali, sono organizzazioni prevalentemente fondate su attività di comunicazione, connessione e collaborazione, integrazione e sintesi.

L'organizzazione in rete per specifiche aree cliniche rappresenta un modello di collaborazione strutturata che consente ai professionisti sinergie e condivisione collegiale dei protocolli di procedura sulla base delle *best practice*.

Le reti clinico-assistenziali concretizzano *"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).

Sviluppare specifiche reti clinico-assistenziali, significa evolvere da un modello di erogazione dei servizi basato prevalentemente su regole e contratti e fondato su relazioni gerarchiche tra i vari livelli organizzativi superando contestualmente la logica "verticale" delle cure, intese come una sommatoria di singoli atti diagnostici, terapeutici ed assistenziali, in funzione dell'attuazione di un modello più dinamico e innovativo che permette qualità e continuità assistenziale.

La rete clinico assistenziale rappresenta la fondamentale componente professionale che si inserisce nel modello organizzativo della presa in carico della cronicità, soprattutto, per la casistica che ha un'elevata necessità di un frequente e continuativo apporto specialistico e multi specialistico.

La programmazione di ogni singola rete deve tenere conto anche dell'economicità complessiva della filiera erogativa ed il progetto può divenire sostenibile solo se si organizzano e coordinano le aree territoriali, specialistiche ospedaliere e di ricerca, con il rispetto di alcuni fondamentali requisiti:

- servizi (ospedalieri, territoriali, domiciliari) di alto livello, sia come strutture, che come personale addetto;
- personale altamente competente e affidabile;
- appropriatezza di cura ed assistenza erogata in ogni momento della malattia;
- disponibilità delle tecnologie più innovative, sia per la diagnosi, che per la terapia;
- possibilità di accedere facilmente per tutti i pazienti eleggibili alla ricerca clinica e ai *clinical trials*.

Finalità

Le finalità prioritarie del modello di rete clinico-assistenziale sono:

- 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.

Obiettivi

Gli obiettivi dell'attivazione e implementazione delle reti clinico-assistenziali afferiscono concettualmente ad ambiti differenti ma fortemente integrati: l'ambito gestionale, clinico/professionale e di informazione-comunicazione al cittadino:

1. Ambito gestionale: sviluppare la rete 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 indirizzi della programmazione regionale.

2. Ambito professionale e clinico: sviluppare la rete quale modello assistenziale *patient oriented*, connettendo i poli di più elevata specialità o di 2° livello con i centri periferici o di 1° livello che trattano le specifiche patologie per offrire percorsi di cura omogenei di elevato valore scientifico, evitando i rischi di inappropriately conseguenti alla frammentazione, alla ripetizione e intempestività dell'approccio diagnostico-terapeutico e assistenziale.
3. Ambito di informazione-comunicazione: sviluppare la rete quale percorso informativo-comunicativo rivolto ai bisogni del cittadino e a facilitare/orientare la sua presa in carico in funzione di qualità, efficienza, efficacia e appropriatezza.

Presupposti costitutivi

Il modello organizzativo della rete, nel saper coniugare efficienza ed efficacia, deve:

- essere basato sul quadro epidemiologico, sull'analisi multifattoriale dei fabbisogni e sulla disponibilità di servizi;
- essere coerente con gli standard quali-quantitativi definiti dalla normativa nazionale e regionale e coerente con le indicazioni del D.M. n.70/2015.

LE RETI CLINICO-ASSISTENZIALI: GLI ELEMENTI COSTITUTIVI

I soggetti che partecipano alla rete

Un elemento fondamentale per costruire la rete è la chiara definizione dei criteri per l'individuazione delle strutture che partecipano alla rete stessa, ovvero quelle strutture che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie necessarie alla gestione complessiva della patologia che caratterizza ogni singola rete.

I suddetti 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 devono valutare i volumi di attività svolta con appropriatezza, l'esperienza degli operatori, la disponibilità delle tecnologie indispensabili per i trattamenti, la corretta modalità organizzativa a partire dalla garanzia dell'interdisciplinarietà e multiprofessionalità.

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

Le reti stabiliscono i requisiti per definire i livelli operativi quali i nodi/centri di 2° livello e i nodi/centri di 1° livello.

In particolare i nodi/centri di più elevata specialità di 2° livello sono strutture:

- dove sono presenti tutte le componenti specialistiche considerate essenziali nel trattamento della specifica patologia;
- dotate delle tecnologie più avanzate nei singoli ambiti diagnostico-terapeutici;
- dove sono previsti ed attuati programmi di formazione continua e di ricerca;
- dove la multidisciplinarietà e multiprofessionalità sono applicate in maniera sistematica e vi afferiscono pazienti con patologie complesse o rare.

E' necessario, infine, che sia definito un percorso di presa in carico tra il nodo/centro di 2° livello e i nodi/centri di 1° livello che vi afferiscono, per assicurare la corretta presa in carico dei pazienti e la continuità assistenziale.

Stabiliti i criteri di accesso e partecipazione alla rete, questa si pone come un network aperto a tutti i soggetti che sul territorio lombardo erogano prestazioni, sia nel settore sanitario pubblico, che privato accreditato. L'adesione al network crea senso di appartenenza, rinforza la comunità scientifica e migliora la professionalità individuale.

I soggetti che aderiscono al network si impegnano ad applicare le buone pratiche condivise, in particolare:

- ad applicare i percorsi di presa in carico elaborati all'interno della rete;
- applicare policy e criteri di sicurezza nella gestione del paziente e dei dati che lo riguardano;
- effettuare e partecipare agli audit periodici;
- partecipare attivamente e condividere le attività di ricerca;
- partecipare e collaborare attivamente ai percorsi di integrazione della rete con altri network di interesse.

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.

Modello organizzativo della Rete clinico-assistenziale

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

- A) Governo Regionale coordinato da una Cabina di Regia, la quale, in merito a specifici temi, può avvalersi del contributo scientifico di Commissioni Tecniche costituite ad hoc.
- B) Ambito territoriale ognuno con un proprio Coordinamento (Dipartimento aziendale/interaziendale) quale insieme funzionale dei nodi erogativi, ossia di tutti i soggetti che partecipano alla rete stessa e delle Associazioni di Volontariato coinvolte nel percorso assistenziale che operano nel territorio di una o più ASST.

Governo Regionale e suo coordinamento – Cabina di Regia

Regione Lombardia considera quale strumento idoneo al coordinamento regionale delle reti, la strutturazione, per ogni singola rete clinico-assistenziale, di una Cabina di Regia che realizzi un'area di raccordo tra il livello programmatico regionale e quello organizzativo gestionale delle Aziende sanitarie regionali. La Cabina di Regia rappresenta il *board* di indirizzo e di governo della rete.

Tale organismo deve:

- proporre i criteri quali-quantitativi per l'individuazione delle strutture che partecipano alla rete;
- proporre, in base a tali criteri, l'elenco delle strutture che partecipano al singolo network e la loro articolazione funzionale (nodi/centri di 2° livello e i nodi/centri di 1° livello);
- garantire il governo e l'integrazione organizzativa di tutte le componenti e i professionisti coinvolti nella rete;

- proporre le modalità organizzative volte a realizzare la connessione tra i nodi della rete, secondo un modello organizzativo locale di rete che favorisca, attraverso le migliori sinergie delle risorse esistenti, il raggiungimento di un'adeguata integrazione tra attività ospedaliere e territoriali e livelli clinico-assistenziali uniformi su base regionale. Tale modello deve esprimere con chiarezza le interrelazioni tra il livello programmatico regionale e quello clinico, organizzativo e gestionale delle aziende sociosanitarie che partecipano alla rete;
- definire e aggiornare i percorsi di presa in carico;
- predisporre e aggiornare il Piano di Rete;
- definire il sistema di valutazione e monitoraggio dei livelli di efficienza, di efficacia, di qualità e sicurezza delle attività svolte;
- verificare il raggiungimento degli obiettivi di rete;
- redigere, sulla base degli esiti del monitoraggio della rete, una relazione annuale sul funzionamento della stessa;
- promuovere ricerca clinica indipendente e finanziata;
- promuovere la comunicazione e l'informazione al cittadino anche attraverso l'attivazione e manutenzione del sito della rete;
- promuovere i percorsi di formazione del personale;
- promuovere l'educazione del paziente e dei caregivers.

In ogni Cabina di Regia sono rappresentate le 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;
- rappresentanti delle figure professionali di cui alla Legge 10 agosto 2000, n.251;
- 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.

Alla riunione di insediamento i membri della Cabina di Regia indicano al loro interno il Coordinatore della Cabina che rimane in carica lo stesso tempo della durata della Cabina. Si riunisce ogniqualvolta ve ne sia necessità, su iniziativa del Coordinatore e la partecipazione alle sedute non comporta alcun compenso per i componenti.

Il livello tecnico scientifico della rete clinico-assistenziale è rappresentato dai clinici e dai professionisti sanitari delle strutture erogatrici, che lavorano per raggiungere gli obiettivi di rete previsti. La rete clinico-assistenziale può dotarsi di Commissioni Tecniche che rappresentano una modalità operativa che consente di approfondire specifici temi per il raggiungimento delle finalità e degli obiettivi della rete.

In particolare, i compiti operativi delle Commissioni Tecniche riguardano:

- la definizione e aggiornamento dei percorsi di presa in carico di riferimento ivi comprese le modalità operative di accesso per la presa in carico;
- la definizione delle modalità che garantiscano la continuità assistenziale ospedale territorio;
- il monitoraggio delle attività in termini di qualità ed esiti;
- la formazione degli operatori che intervengono nella rete e i criteri della loro qualificazione professionale.

I componenti delle Commissioni Tecniche sono individuati dalla Cabina di Regia della rete che propone anche la nomina di un Coordinatore che ha la responsabilità di promuovere e monitorare le specifiche attività.

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;
- Strutture dotate di significativa esperienza di integrazione e sinergia con l'assistenza territoriale.

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.

L'elenco delle strutture sanitarie/enti attuatori è riportato nell'Allegato 2.

Si precisa che le funzioni di Cabina di Regia della Rete materno neonatale e pediatrico-adolescenziale sono assolte dal *"Comitato Percorso Nascita Regionale"* e dalle sue successive rimodulazioni che la Direzione Generale competente in materia di salute riterrà necessario apportare.

Il Comitato percorso nascita regionale è stato istituito con decreto della DG Salute n. 12274 del 16/12/2013, aggiornato successivamente con Decreto della DG Welfare n. 8784 del 15/06/2018, è composto da dirigenti regionali e clinici esperti del settore.

Ambito territoriale e suo coordinamento

Al fine di favorire l'integrazione e le sinergie dei soggetti erogatori che costituiscono le reti clinico-assistenziali, Regione Lombardia considera la Rete Territoriale, quale strumento idoneo funzionale a tale processo. La Rete Territoriale si configura come una rete collaborativa ed è l'insieme funzionale dei nodi erogativi, ossia di tutti i soggetti che condividono le attività della rete stessa e che sono coinvolti nel percorso assistenziale di cura. La Rete è composta dalle ASST, dagli erogatori e dai gestori di riferimento territoriale, dai rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, nonché dalle Associazioni di Volontariato presenti sul territorio.

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 funzionale Aziendale o Interaziendale, a cui affidare il Coordinamento tecnico scientifico territoriale di ogni rete clinico-assistenziale. In caso di Dipartimenti Interaziendali, il coordinamento è affidato ad una ASST capofila.

Il Coordinamento è composto dai clinici e dai professionisti sanitari delle strutture erogatrici, che collaborano per attuare gli obiettivi di rete definiti e condivisi nell'ambito della Cabina di Regia, e rappresentano la fondamentale componente professionale che si inserisce nel modello organizzativo della presa in carico della cronicità soprattutto per la casistica che ha un'elevata necessità di un frequente e continuativo apporto specialistico e multi-specialistico.

La ATS partecipa alle attività del Coordinamento anche con funzioni di promozione e monitoraggio delle attività stesse.

Al livello tecnico scientifico spettano i seguenti compiti:

- la definizione, a livello territoriale dei percorsi di presa in carico e il monitoraggio della loro corretta applicazione;
- la verifica del rispetto dei parametri temporali, organizzativi e clinico-assistenziali e di appropriatezza delle prestazioni erogate, al fine di garantire il mantenimento di adeguati livelli di qualità e sicurezza delle attività di rete;
- la definizione di modalità organizzative dei punti di accesso in coerenza a quanto stabilito dalla Cabina di Regia;
- la promozione di ricerca clinica indipendente e finanziata;
- il monitoraggio delle attività e la divulgazione dei risultati;
- la promozione, l'informazione ed educazione del paziente e dei *caregivers*.

Su specifiche tematiche, il Dipartimento Aziendale o Interaziendale, nella sua funzione di coordinamento della rete locale si dota di Commissioni Tecniche Territoriali che rappresentano una modalità operativa che consente di approfondire specifici temi per il raggiungimento delle finalità e degli obiettivi della rete locale, in coerenza di quanto definito dalla Cabina di Regia.

In particolare, i compiti operativi delle Commissioni Tecniche Territoriali riguardano:

- la definizione e aggiornamento dei percorsi di presa in carico di riferimento per la rete territoriale ivi comprese le modalità operative di accesso per la presa in carico da parte della rete locale;
- le modalità che garantiscano la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- il monitoraggio delle attività in termini di qualità ed esiti;
- la formazione degli operatori che intervengono nella rete e i criteri della loro qualificazione professionale.

I componenti delle Commissioni Tecniche Territoriali sono individuati dal Dipartimento Aziendale o Interaziendale della Rete Territoriale che propone anche la nomina di un Coordinatore che ha la responsabilità di promuovere e monitorare le specifiche attività.

COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE

Elemento fondamentale e qualificante della rete clinico-assistenziale è la costruzione e il costante aggiornamento di un percorso comunicativo-informativo centrato intorno ai bisogni del cittadino.

La rete comunica in modo chiaro, univoco e aggiornato le offerte erogative attraverso uno specifico sito istituzionale curato dall'Ente Attuatore. Nel processo comunicativo-informativo la rete clinico-assistenziale si presenta come un sistema integrato che si riconosce in valori condivisi, adotta percorsi clinici basati su evidenze scientifiche, favorisce lo scambio di buone pratiche, cura la relazione e la comunicazione tra professionisti e tra professionisti e paziente.

Le strutture della rete clinico-assistenziale condividono l'appartenenza alla rete stessa sui propri siti istituzionali dove rendono disponibili informazioni comuni, valorizzano la propria specificità esponendo i servizi offerti e le modalità di accesso, descrivono i percorsi di presa in carico e individuano i referenti per gli aspetti di cura e per gli aspetti assistenziali.

I PERCORSI DI PRESA IN CARICO

Ciascuna rete definisce e aggiorna i percorsi di presa in carico di riferimento quali 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 comorbidità e condizioni di fragilità e vulnerabilità al fine di corrispondere ai bisogni individuali. La patologia principale o la monopatia nel tempo può divenire più complessa per l'aggiungersi di complicanze o di altre comorbidità, in alcuni casi prevedibili, in altri, età-correlati. Per questi pazienti, più anziani, con multimorbidità, la rete indirizza prevalentemente una modalità assistenziale che si attiva e attua in modo esclusivo nel territorio di residenza, facilitando l'accesso ai servizi, privilegiando l'appropriatezza degli interventi, evitando l'*over-treatment*, con grande attenzione al costo-efficacia degli interventi sanitari che devono essere valutati periodicamente con approccio multidisciplinare. Le linee guida previste per la singola patologia potrebbero non essere applicabili in questa fase. Inoltre, per questa tipologia di pazienti cronici, le reti definiranno i criteri di individuazione dei *case manager*, *clinical manager* e *care manager* con propensione al lavoro di gruppo e alla capacità di negoziazione.

Il percorso di presa in carico è strutturato mediante una logica per processi e secondo le migliori evidenze scientifiche. Gli obiettivi intrinseci a ciascun percorso di presa in carico sono:

- riproducibilità ed uniformità delle prestazioni erogate,
- uniformità e chiarezza delle informazioni all'utenza,
- aggiornamento e verifica delle conoscenze in atto,
- definizione dei ruoli e dei compiti dei singoli professionisti coinvolti.

I percorsi di presa in carico debbono prevedere quali elementi essenziali:

- la descrizione delle modalità di presa in carico dei pazienti;

- i protocolli e le procedure con la descrizione precisa dei criteri di passaggio tra i vari *setting* (comprese le dimissioni protette e/o assistite), il relativo *timing* ed i contenuti informativi indispensabili della relativa documentazione sanitaria;
- la gestione delle comorbidità;
- il PAI (Piano di Assistenza Personalizzato);
- gli indicatori di processo, di esito (ove possibile), di volume di attività ed i relativi flussi informativi;
- la programmazione degli Audit interni.

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, attraverso il supporto propositivo delle varie Cabine di Regia delle reti, di mettere a punto i necessari correttivi, sia organizzativi, che di sviluppo progettuale.

Al fine di una corretta gestione, le reti utilizzano i dati presenti nel sistema informativo regionale e gli strumenti del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PrIMO) finalizzati 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. Il set di indicatori viene aggiornato periodicamente, così come gli standard di riferimento.

GLI INDICATORI

Gli indicatori sono definiti nell'ambito delle Commissioni Tecniche delle singole reti e considerano esperienze ed indicatori già condivisi nel Nuovo Sistema di Garanzia coordinato dal Ministro 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.

In particolare le singole reti definiscono:

- gli indicatori di monitoraggio/valutazione dei percorsi di presa in carico per garantire la corretta applicazione dei percorsi di diagnosi e cura;
- i criteri omogenei per la strutturazione degli Audit quali strumenti di verifica della qualità dei percorsi e di miglioramento delle prestazioni;
- i parametri quantitativi e qualitativi di monitoraggio della produzione sanitaria da rendere periodicamente a tutte le Strutture coinvolte nelle singole reti specialistiche per promuovere una attività di benchmarking.

Le Commissioni Tecniche delle reti definiscono e aggiornano il parametro quantitativo/anno relativo ad ogni singolo item che fissa la soglia di funzionalità del network specialistico.

CONTINUITÀ DELLE CURE

Uno dei principali obiettivi delle reti clinico-assistenziali regionali è, oltre a garantire l'appropriata presa in carico, assicurare la continuità delle cure tra i diversi professionisti intra ed extra-

ospedalieri, attraverso strumenti come il lavoro in team, l'elaborazione ed implementazione di percorsi di presa in carico condivisi.

Le reti assicurano la continuità assistenziale in coerenza con la legge regionale di riforma del Sistema socio-sanitario, in linea con il Piano Nazionale della Cronicità e in attuazione delle delibere di Giunta sopra menzionate.

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 orientato alla continuità delle cure, prevede il disegno di appositi percorsi e la presa in carico, costante nel tempo, da parte di un team multiprofessionale e multidisciplinare, caratterizzato da competenze sanitarie ed anche sociali, nonché il monitoraggio, mediante adeguati strumenti di valutazione, dell'appropriatezza e delle interfacce tra i vari setting assistenziali.

Elementi prioritari per assicurare la continuità delle cure sono:

- il governo unitario della rete regionale che individui nei vari distretti strutture di accesso in grado di prendere in carico il singolo caso, assicurando la continuità dell'intero percorso extraospedaliero;
- la valutazione, già durante il ricovero, delle condizioni cliniche e socio-assistenziali, al fine di indirizzare il paziente al percorso assistenziale più idoneo da seguire alla dimissione;
- la gestione delle comorbidità;
- i percorsi di presa in carico condivisi e piano assistenziale;
- i programmi di ospedalizzazione domiciliare;
- i poliambulatori in cui siano presenti medici specialisti, MMG ed infermieri;
- i team infermieristici che si recano al domicilio dei pazienti (per soddisfare le esigenze riabilitative e nell'ambito della rete delle cure palliative, equipe medico-infermieristiche di cui alla DGR n. IX/5918/2016);
- la presenza di un team multiprofessionale: MMG, infermiere professionale, terapeuta della riabilitazione, psicologo;
- la rete informativa che colleghi i nodi di rete;
- l'informazione ai pazienti e comunicazione al cittadino per fornire indicazioni in maniera semplice e diretta anche attraverso la realizzazione di un sito della rete, con la finalità di facilitare l'accesso e l'orientamento ai percorsi definiti.

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE/MULTIPROFESSIONALE

I risultati ottenuti da team multidisciplinari sono migliori nel trattamento di alcune patologie rispetto al tradizionale approccio di singoli specialisti che intervengono in sequenza e, inoltre, si riscontra una riduzione dei tempi decisionali e una migliore appropriatezza nei trattamenti.

Il team "multidisciplinare" caratterizzato dall'integrazione e interrelazione tra le varie professionalità, riunisce al proprio interno medici, infermieri e altri operatori sanitari, che, dopo una valutazione complessiva della persona malata, stabiliscono insieme il percorso di cura più appropriato ispirandosi sia a protocolli di riferimento, sia ricorrendo collegialmente a trattamenti sperimentali in seguito all'approvazione del Comitato Etico.

Tale modalità ha come vantaggio una maggiore tempestività e coordinamento degli interventi, nonché il fatto che i diversi professionisti coinvolti nelle fasi di diagnosi e cura non incontrano il

paziente in successione frammentando i percorsi, allungando i tempi di attesa e con atteggiamenti relazionali a volte discordanti tra loro.

Si tratta di un lavoro comune che permette il raccordo tra competenze multiple che si arricchiscono vicendevolmente scambiandosi conoscenze ed esperienze, rendendo il gruppo più capace di gestire le complessità che caratterizzano i percorsi di cura.

Le strutture sanitarie obbligatoriamente si dotano al loro interno di team specifici multidisciplinari per singola rete clinico-assistenziale. L'organizzazione del team deve essere strutturata e coordinata, prevedere la stesura di un regolamento, riunioni periodiche e refertazioni conclusive. Le decisioni conclusive sono assunte con un consenso unanime, dopo un ulteriore approfondimento di discussione nel caso in cui ci fossero dissensi da parte di qualche componente.

PIANO DI RETE

Piano di rete costitutivo

La Cabina di Regia di ogni rete propone a Regione Lombardia – Direzione Generale competente in materia di salute - per la successiva approvazione un Piano di Rete costitutivo che segna l'evoluzione dalla rete di patologia alla rete clinico-assistenziale e nel quale devono essere proposti:

- i criteri per l'individuazione delle strutture che partecipano alla rete e la loro articolazione funzionale;
- le modalità organizzative per realizzare la connessione tra i nodi della rete;
- l'individuazione e strutturazione dei punti di accesso alla rete;
- i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e percorsi di presa in carico;
- la strutturazione del sistema di valutazione e monitoraggio dei livelli di efficienza, di efficacia, di qualità e sicurezza delle performance di rete;
- i criteri per l'individuazione degli operatori e della loro qualificazione professionale;
- i criteri per la partecipazione e condivisione delle attività di ricerca e accesso all'innovazione;
- il piano dei bisogni formativi;
- le modalità e i contenuti degli aspetti di comunicazione e informazione tra gli attori della rete e verso i cittadini.

La fase di pianificazione che conduce al Piano di Rete iniziale richiede, come prima azione, quella di identificare tutte le strutture presenti nel territorio attive in interventi di prevenzione, cura e riabilitazione: questa analisi riguarda le risorse umane e tecnologiche disponibili in ambito ospedaliero e territoriale, nelle Università e negli IRCCS, nel privato accreditato e quelle rese disponibili dalle Associazioni Onlus.

In questa stessa indagine, devono essere censite le tecnologie avanzate, spesso anche di alto costo, esistenti in ambito diagnostico e terapeutico.

Questa iniziale rilevazione è indispensabile per proporre il modello in grado di organizzare in modo efficace ed efficiente l'esistente, coordinando e integrando le strutture, valorizzando le competenze, disegnando percorsi di cura che prevedano prestazioni diversificate per complessità senza duplicazioni, ritardi e rischi legati a servizi privi dei requisiti raccomandati. Dopo questa ricognizione e razionalizzazione dell'esistente si può pianificare la costituzione ed il funzionamento della rete.

Il Piano di Rete costitutivo deve essere predisposto sviluppando gli argomenti secondo l'indice di seguito proposto:

Indice

1. Quadro epidemiologico.
2. Analisi multifattoriale dei fabbisogni clinico-assistenziali e mappatura della disponibilità e tipologia dell'offerta.
3. Criteri per l'individuazione delle strutture che partecipano alla rete.
- 4.
5. Strutture che partecipano al network e loro articolazione funzionale (nodo/centro di 1° livello e il nodi/ centri di 2° livello).
6. Individuazione e strutturazione dei punti di accesso alla rete.
7. Criteri per l'individuazione degli operatori che intervengono nel percorso di presa in carico nella rete e la loro qualificazione professionale.
8. Modalità organizzative per garantire la migliore funzionalità e integrazione professionale al fine di assicurare la continuità assistenziale, anche con riferimento alle opportunità offerte dalle nuove tecnologie.
9. Definizione dei requisiti di qualità e sicurezza dei processi e percorsi di cura e assistenza.
10. Definizione del sistema di valutazione e monitoraggio dei livelli di efficienza, di efficacia, di qualità e sicurezza delle attività svolte.
11. Modalità di verifica del raggiungimento degli obiettivi annuali di rete (Piano di rete annuale).
12. Criteri per la partecipazione e condivisione delle attività di ricerca e accesso all'innovazione.
13. Piano dei bisogni formativi.
14. Individuazione delle sedi e fasi del percorso di cura in cui le Associazioni del Volontariato e/o dei pazienti "accreditati" dalla rete svolge specifiche funzioni di integrazione e/o completamento dell'offerta istituzionale.
15. Modalità e contenuti degli aspetti di comunicazione e informazione tra gli attori della rete e verso i cittadini.

Piano di rete annuale

Il Piano di Rete annuale è predisposto e condiviso dalla Cabina di Regia della rete. Deve essere coerente con gli obiettivi assegnati dalla programmazione regionale e contenere le linee operative per il loro raggiungimento. Il Piano è sottoposto a revisione annuale in base all'aggiornamento delle priorità di salute e delle eventuali criticità e del grado di attuazione degli obiettivi generali e specifici indicati per ogni rete clinico-assistenziale. Deve prevedere le azioni di miglioramento e le relative tempistiche.

PUNTI DI ACCESSO

È importante che l'organizzazione di rete sia in grado di intercettare la domanda e prendere in carico tempestivamente il singolo caso, rendendo disponibili accessi diffusi sul territorio regionale. La rete assicura la copertura di questo bisogno prevedendo modalità di accesso, rispondente a criteri organizzativi previsti dalla rete e presenti con almeno un punto in ogni Azienda Ospedaliera. In tali punti di accesso gli operatori indispensabili per assicurare la globalità dell'accoglienza, della presa in carico e la regia dell'esecuzione coordinata degli esami appropriati per la diagnosi e il trattamento sono:

- il personale medico per la valutazione diagnostica, del percorso terapeutico e di presa in carico;
- il personale infermieristico per la valutazione delle informazioni utili per il piano assistenziale;
- il personale di assistenza per la valutazione dei problemi psicologico-relazionali, sociali, familiari dei malati;
- il personale amministrativo che provvede agli aspetti gestionali, quali le prenotazioni degli esami anche presso altre strutture e agli oneri burocratici, quali ad esempio, le procedure per l'esenzione del ticket per patologia.

Un importante supporto alle attività di primo accesso può essere garantito dal coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato e/o dei pazienti.

RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E DEI PAZIENTI

Il ruolo delle Associazioni di Volontariato ha raggiunto da anni una maturità ed una consapevolezza tali da potersi porre in modo efficace come interlocutore nelle fasi progettuali e gestionali degli interventi sanitari.

Il volontariato, e più in generale l'associazionismo, sono una delle componenti formalmente riconosciute dalle reti. Un corretto coinvolgimento e co-partecipazione dei pazienti/cittadini alla gestione di alcuni servizi sanitari all'interno delle reti clinico-assistenziali contribuisce a migliorare la qualità dei servizi stessi.

Nei Piani di Rete devono essere individuate sedi e fasi del percorso di cura in cui il volontariato, "accreditato" dalla rete svolge specifiche funzioni di integrazione e/o completamento dell'offerta istituzionale. La rete prevede azioni di sviluppo della collaborazione tra le Direzioni Aziendali e le Associazioni su diversi temi sensibili come la collaborazione su progetti/attività riguardanti la formazione ai pazienti, la formazione ai *caregiver* ed il supporto psicologico.

RICERCA

La ricerca è parte integrante della rete, si avvale delle sue articolazioni e della sua casistica e si impegna a trasferirvi con rapidità l'innovazione che produce. La rete mantiene elevati livelli di ricerca e innovazione, sensibilità e attenzione alle nuove procedure diagnostiche e alle nuove possibilità terapeutiche nel rispetto delle regole etiche della ricerca clinica, oltreché sviluppare e aggiornare le Linee Guida e i percorsi di presa in carico di riferimento.

A questo ambito attengono le attività relative alla ricerca e innovazione in area diagnostica, terapeutica, clinico-assistenziale e organizzativa, anche con riferimento alle opportunità offerte dalle nuove tecnologie.

Gli studi clinici finalizzati all'innovazione terapeutica e alla valutazione dell'efficacia dei trattamenti, rappresentano anche un contributo professionale e scientifico a supporto delle necessarie decisioni sulla sostenibilità economica della spesa, in merito particolarmente alla gestione dei farmaci innovativi.

FORMAZIONE

Al fine di garantire il potenziamento delle competenze ed abilità degli operatori della rete clinico-assistenziale, la rete promuove l'attività di formazione/aggiornamento. La formazione del personale operante nella rete si basa sulla rilevazione di bisogni formativi coerenti alla funzionalità della rete stessa e comprende i modelli e le procedure/protocolli organizzativi interni, gli approcci diagnostico e terapeutici più efficaci ed innovativi per i pazienti che afferiscono ai Centri e ai percorsi di comunicazione con il paziente, la sua famiglia e con il *caregiver*.

I programmi di formazione/aggiornamento devono essere orientati allo sviluppo e al potenziamento delle competenze ed abilità nell'ottica del miglioramento continuo e del mantenimento dei livelli di qualità e di sicurezza delle attività erogate.