



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 1694

Seduta del 03/06/2019

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 Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

RETI SOCIO SANITARIE: ULTERIORE EVOLUZIONE DEL MODELLO PER L'ATTIVAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE NUOVE RETI CLINICO-ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVE

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 Marco Salmoiraghi

L'atto si compone di 16 pagine

di cui 9 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DATO ATTO che:

- Regione Lombardia ha da tempo avviato (2006) le reti di patologia (*Rete Oncologica – ROL, Rete Ematologica – REL, Rete Nefrologica - ReNe, Rete Stroke, Rete Stemi, Rete Trauma, Rete Udito, Rete Diabete, Rete HCV ecc.*), e che dalla pluriennale esperienza di attivazione, si evidenzia che questo modello organizzativo concretizza uno strumento adeguato per garantire l'omogeneità di trattamento sul territorio ed il governo dei percorsi sanitari in una linea di appropriatezza e qualità degli interventi;
- dalla loro realizzazione le reti hanno, inoltre, favorito la condivisione di raccomandazioni/protocolli clinici/PDTA in senso multidisciplinare, attraverso un percorso di consenso nella comunità dei professionisti delle Strutture che erogano prestazioni;

RICHIAMATO 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 – il quale ribadisce che le reti costituiscono un modello di integrazione dell'offerta che consente di coniugare esigenze di specializzazione delle strutture sociosanitarie, diffusione sul territorio di centri di eccellenza e di tecnologie ad elevato standard, sostenibilità economica e fabbisogni della collettività e dei professionisti;

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

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;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RICHIAMATA la d.g.r. n. XI/ 1046 del 17/12/2018 *“Determinazione in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2019”* che riserva fino a 1 ml/Euro, per il coordinamento delle nuove reti assistenziali sanitarie;

RICHIAMATA la d.g.r. n. XI/913 del 3/12/2018 *“Determinazioni in merito all’organizzazione dell’offerta sociosanitaria: approvazione delle linee guida per l’attivazione e il consolidamento delle reti clinico-assistenziali regionali”* che, in coerenza con le indicazioni della d.g.r. n. X/7600 del 20/12/2017, ha approvato le linee guida per favorire l’evoluzione di tali modelli di rete;

CONSIDERATI l’ulteriore approfondimento del dibattito e confronto con gli attori, a vario titolo coinvolti nelle reti, e la necessità di delineare il passaggio da un modello di rete inteso come network clinico-scientifico ad un modello in grado di supportare la programmazione regionale nella più efficace traduzione organizzativa per garantire una maggiore omogeneità di accesso alle cure di qualità sul territorio e per una maggiore integrazione dell’offerta tra l’ospedale e i servizi territoriali;

CONSIDERATO che a fronte di tali approfondimenti, la responsabilità di indirizzo e governo regionale, suggerisce l’opportunità di un’ulteriore evoluzione del modello delineato dalla d.g.r. n. XI/913/2018 in termini di maggiore efficientamento organizzativo e semplificazione dei meccanismi di *governance*;

CONSIDERATO che l’evoluzione delle reti clinico-assistenziali per rispondere il più adeguatamente possibile alla complessità dei bisogni di salute, all’aumento della cronicità e alla necessità di continuità assistenziale, deve prevedere modelli organizzativi flessibili che salvaguardino la specificità di presa in carico che caratterizza ogni singola rete;

RITENUTO di approvare, pertanto, il documento dal titolo *“Linee guida per l’attivazione e l’evoluzione delle reti clinico-assistenziali ed organizzative regionali”* – di cui all’Allegato parte integrante del presente provvedimento;

EVIDENZIATO che in coerenza alla necessità che le reti assumano anche una connotazione di supporto alla programmazione regionale per una maggior efficienza organizzativa della filiera erogativa sociosanitaria, l’evoluzione del modello delineato dalla d.g.r. n. XI/913/2018, comporta anche che la denominazione di rete *“clinico-assistenziale”* si arricchisca del termine *“organizzativa”*;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RITENUTO che lo strumento idoneo per l'indirizzo e il governo delle reti, sia 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 socio-sanitari;

RITENUTO 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;

STABILITO che nel documento *“Linee guida per l’attivazione e l’evoluzione delle reti clinico-assistenziali ed organizzative regionali”* sono definite e specificate:

- le rappresentanze professionali e organizzative e i criteri di selezione, all'interno delle stesse rappresentanze, dei soggetti che faranno parte degli Organismi di Coordinamento delle reti;
- i compiti degli Organismi di Coordinamento, delle Commissioni Tecniche e tutte le modalità di funzionamento dei predetti organismi di *governance* delle reti;

STABILITO che:

- gli Organismi di Coordinamento hanno la durata di tre anni, rinnovabili, dalla data del provvedimento di nomina;
- la partecipazione agli Organismi di Coordinamento o alle Commissioni Tecniche, non comporta alcun compenso per i componenti;

STABILITO che la DG Welfare avvierà una fase di pianificazione del lavoro di costituzione/evoluzione delle reti clinico-assistenziali e organizzative attraverso incontri di approfondimento e condivisione con figure professionali significative di ogni rete allo scopo di:

- delineare il quadro epidemiologico;
- indicare i fabbisogni clinico-assistenziali;
- delineare la mappatura della disponibilità e tipologia dell'offerta sul territorio;
- indicare la tipologia di complessità in cui si deve collocare ogni rete;
- individuare le figure professionali necessarie all'interno degli Organismi di Coordinamento per garantire il più efficace governo della rete;
- definire gli elementi prioritari che dovranno comporre ed essere sviluppati



Regione Lombardia

LA GIUNTA

nel Piano di Rete in coerenza con la complessità organizzativa della rete stessa;

RITENUTO di dare mandato alla DG Welfare:

- di nominare gli Organismi di Coordinamento al termine dei menzionati incontri di pianificazione e approfondimento, stabilizzando per ogni rete clinico-assistenziale e organizzativa, la specifica struttura di governo e indirizzo;
- di rinnovare la nomina di tali organismi allo scadere del termine di validità;

STABILITO:

- che gli Organismi di Coordinamento così formalizzati, in base anche al lavoro propedeutico scaturito dagli incontri di pianificazione di cui sopra, proporranno alla DG Welfare i Piani di Rete delle singole reti clinico-assistenziali e organizzative;
- di dare mandato alla DG Welfare di approvare i Piani di Rete - se coerenti con gli indirizzi di organizzazione e programmazione sanitaria definiti dalla normativa e dai provvedimenti di riferimento – i quali costituiranno il documento di linee guida per l'avvio o l'evoluzione di ogni specifica rete e il programma triennale di lavoro;

RITENUTO necessario, che gli Organismi di Coordinamento delle reti si avvalgano di una Segreteria Tecnica Unica a supporto operativo delle attività degli stessi Organismi e che per una maggiore efficienza, tale Segreteria sia operativa presso la DG Welfare;

STABILITO che nelle more dell'espletamento dell'iter procedurale per il reclutamento e stabilizzazione del personale necessario al funzionamento della Segreteria Tecnica Unica, la DG Welfare possa avviare la Segreteria in argomento assicurando le risorse umane necessarie, attraverso forme di collaborazione con gli Enti del Sistema Sociosanitario regionale, nelle forme e nei modi previsti dall'ordinamento vigente, destinando a tal fine, l'importo massimo di euro 500.000,00 a valere sulle risorse del capitolo 13.01.104.8374, nell'ambito dell'accantonamento della d.g.r. n. XI/1046 del 17/12/2018 per il coordinamento delle nuove reti assistenziali sanitarie;

STABILITO:

- che i contenuti della d.g.r. n. XI/913 del 3/12/2018 si intendono superati in



Regione Lombardia

LA GIUNTA

toto dalle disposizione del presente provvedimento;

- che i contenuti del paragrafo 3.9 *“Le reti clinico-assistenziali”* dell'Allegato alla d.g.r. n. X/7600 del 20/12/2017 (Regole 2018) si intendono superati dal presente provvedimento;

VAGLIATE ed assunte come proprie dette valutazioni;

A VOTI UNANIMI, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare il documento dal titolo *“Linee guida per l’attivazione e l’evoluzione delle reti clinico-assistenziali ed organizzative regionali”* – di cui all'Allegato parte integrante del presente provvedimento;
2. di stabilire che lo strumento idoneo per l’indirizzo e il governo delle reti, sia 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;
3. di stabilire 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;
4. di stabilire che nel documento *“Linee guida per l’attivazione e l’evoluzione delle reti clinico-assistenziali ed organizzative regionali”*, di cui al punto 1, sono definite e specificate:
 - le rappresentanze professionali e organizzative e i criteri di selezione, all’interno delle stesse rappresentanze, dei soggetti che faranno parte degli Organismi di Coordinamento delle reti;
 - i compiti degli Organismi di Coordinamento, delle Commissioni Tecniche e tutte le modalità di funzionamento dei predetti organismi di governance delle reti;
5. di stabilire che:
 - gli Organismi di Coordinamento hanno la durata di tre anni,



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- rinnovabili, dalla data del provvedimento di nomina;
 - la partecipazione agli Organismi di Coordinamento o alle Commissioni Tecniche, non comporta alcun compenso per i componenti;
6. di stabilire che la DG Welfare avvierà una fase di pianificazione del lavoro di costituzione/evoluzione delle reti clinico-assistenziali e organizzative attraverso incontri di approfondimento e condivisione con figure professionali significative di ogni rete allo scopo di:
- delineare il quadro epidemiologico;
 - indicare i fabbisogni clinico-assistenziali;
 - delineare la mappatura della disponibilità e tipologia dell'offerta sul territorio;
 - indicare la tipologia di complessità in cui si deve collocare ogni rete;
 - individuare le figure professionali necessarie all'interno degli Organismi di Coordinamento per garantire il più efficace governo della rete;
 - definire gli elementi prioritari che dovranno comporre ed essere sviluppati nel Piano di Rete in coerenza con la complessità organizzativa della rete stessa;
7. di dare mandato alla DG Welfare:
- di nominare gli Organismi di Coordinamento al termine dei menzionati incontri di pianificazione e approfondimento, stabilizzando per ogni rete clinico-assistenziale e organizzativa, la specifica struttura di governo e indirizzo;
 - di rinnovare la nomina di tali organismi allo scadere del termine di validità;
8. di stabilire:
- che gli Organismi di Coordinamento così formalizzati, in base anche al lavoro propedeutico scaturito dagli incontri di pianificazione di cui sopra, proporranno alla DG Welfare i Piani di Rete delle singole reti clinico-assistenziali e organizzative;
 - di dare mandato alla DG Welfare di approvare i Piani di Rete - se coerenti con gli indirizzi di organizzazione e programmazione sanitaria definiti dalla normativa e dai provvedimenti di riferimento – i quali costituiranno il documento di linee guida per l'avvio o l'evoluzione di ogni specifica rete e il programma triennale di lavoro;
9. di stabilire che che gli Organismi di Coordinamento delle reti si avvalgano di



Regione Lombardia

LA GIUNTA

una Segreteria Tecnica Unica a supporto operativo delle attività degli stessi Organismi e che per una maggiore efficienza, tale Segreteria sia operativa presso la DG Welfare;

10.i stabilire che nelle more dell'espletamento dell'iter procedurale per il reclutamento e stabilizzazione del personale necessario al funzionamento della Segreteria Tecnica Unica, la DG Welfare possa avviare la Segreteria in argomento assicurando le risorse umane necessarie, attraverso forme di collaborazione con gli Enti del Sistema Sociosanitario regionale, nelle forme e nei modi previsti dall'ordinamento vigente, destinando a tal fine, l'importo massimo di euro 500.000,00 a valere sulle risorse del capitolo 13.01.104.8374, nell'ambito dell'accantonamento della d.g.r. n. XI/1046 del 17/12/2018 per il coordinamento delle nuove reti assistenziali sanitarie;

11. di stabilire:

- che i contenuti della d.g.r. n. XI/913 del 3/12/2018 si intendono superati in toto dalle disposizioni del presente provvedimento;
- che i contenuti del paragrafo 3.9 "Le reti clinico-assistenziali" dell'Allegato alla d.g.r. n. X/7600 del 20/12/2017 (Regole 2018) si intendono superati dal presente provvedimento.

IL SEGRETARIO

ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Linee guida per l'attivazione e l'evoluzione delle reti clinico-assistenziali ed organizzative regionali

1. Premessa

1.1 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 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 (*) 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.

() Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS, Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico – OCSE, ISTAT, Ministero della Salute*

1.2 La riforma del Sistema sociosanitario regionale

La legge regionale n. 23/2015 che ha avviato il percorso di evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo (SSL), ha attribuito alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (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.

Il processo di trasformazione in ASST delle precedenti Aziende Ospedaliere, 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.).

Sul tema della cronicità, inoltre, 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.

2. L'evoluzione del modello organizzativo delle reti

Regione Lombardia già dal 2006, ha attivato le reti di patologia (Rete Oncologica – ROL, Rete Ematologica – REL, Rete Nefrologica - ReNe, Rete Stroke, Rete Stemi, Rete Trauma, Rete Udito, Rete Diabete, Rete HCV, ecc.), quale modello di integrazione dell'offerta in grado di sviluppare la diffusione sul territorio dei Centri di eccellenza e di tecnologie ad elevato standard, sinergie tra gli operatori e condivisione collegiale dei protocolli di procedura in base alle *"best practice"*.

Dalla pluriennale esperienza di funzionamento delle reti di patologia, si evidenzia come il modello organizzativo a "rete" sia quello più funzionale alla realizzazione dell'obiettivo di garantire la continuità delle cure, l'omogeneità di trattamento sul territorio ed il governo dei percorsi sanitari in una linea di appropriatezza degli interventi e sostenibilità economica.

La possibilità che il Sistema socio-sanitario regionale possa continuare ad assorbire in modo adeguato la domanda di salute dei cittadini-utenti è rappresentata dall'innovazione ed evoluzione dei modelli organizzativi attraverso cui viene articolata la rete d'offerta.

Il contesto descritto e le proiezioni future dei bisogni di salute, impongono la necessità di delineare il passaggio da un modello di rete inteso principalmente come network clinico-scientifico, ad un modello in grado prioritariamente di supportare la programmazione regionale nella definizione e innovazione organizzativa idonea a garantire maggiore omogeneità di accesso alle cure di qualità sul territorio e maggiore integrazione dell'offerta tra l'Ospedale e i servizi territoriali.

Un sistema sanitario oggi deve definire percorsi di cura che consentano di gestire in modo più appropriato ed efficiente le fasi della malattia: quelle che richiedono il ricovero in centri di eccellenza ad alta complessità; quelle che necessitano, invece, il ricovero in strutture meno complesse, oppure gestite al domicilio del paziente in condivisione con il medico di famiglia, con conseguenti rilevanti vantaggi per la persona ed ottimizzazione della spesa sanitaria.

Si pone, quindi, la necessità di un'evoluzione dal modello della rete di patologia molto connotata dalla costruzione della comunità dei clinici e del sapere scientifico, alla rete clinico-assistenziale con una più spiccata vocazione organizzativa, ovvero dove gli attori che a vario titolo intervengono nella presa in carico di una condizione di malattia - clinici, operatori sanitari, amministratori, medici di medicina generale, associazioni di pazienti, ecc. – collaborano, attraverso il loro punto di vista e la loro esperienza alla definizione ed evoluzione dei processi organizzativi dell'intera filiera erogativa, sia dei servizi ospedalieri, che territoriali.

Questo cambio di paradigma, inoltre, si inserisce coerentemente nella cornice normativa della riforma del Sistema socio-sanitario regionale che, come abbiamo visto, sposta il baricentro dell'azione di governo sanitario sugli interventi che favoriscono l'integrazione dell'offerta tra il polo ospedaliero e il polo territoriale.

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

3. Elementi costitutivi delle reti clinico-assistenziali e organizzative

3.1 Definizione

Multidisciplinarietà e multiprofessionalità, equità di accesso alle cure, continuità della presa in carico, centralità del paziente, sono i cardini su cui si realizzano le reti.

La programmazione di ogni singola rete deve saper integrare le diverse aree che possono intervenire in un percorso di cura: l'area specialistica ospedaliera, l'area territoriale 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.

Si riporta la definizione che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ha dato delle reti clinico-assistenziali: *“un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa. La rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini”*.

3.2 Finalità

Le finalità prioritarie delle reti clinico-assistenziali ed organizzative 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 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.

3.3 Ambiti di attività

Gli obiettivi dell'attivazione e dell'evoluzione delle reti clinico-assistenziali ed organizzative afferiscono concettualmente ad ambiti differenti ma fortemente integrati: l'ambito organizzativo-gestionale, clinico-scientifico e di informazione-comunicazione al cittadino:

1. Ambito organizzativo-gestionale: la rete propone modelli organizzativi che rispondono alle specifiche esigenze di prevenzione, diagnosi, cura e continuità assistenziale in ordine alle diverse patologie, individuando ruoli e caratteristiche delle Strutture che partecipano alla rete;
2. Ambito clinico-scientifico: la rete costituisce un network di professionisti che, partendo dal contesto epidemiologico e dall'analisi dei fabbisogni, producono cultura scientifica e condividono linee guida e protocolli per garantire appropriatezza, sicurezza, qualità ed omogeneità di cura sul territorio;
3. Ambito di informazione-comunicazione: la rete deve prevedere e sviluppare percorsi informativo-comunicativi rivolti ai cittadini e a facilitare/orientare la sua presa in carico in funzione di qualità, efficienza, efficacia e appropriatezza.

3.4 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.

4. La diversa complessità organizzativa delle reti

Le reti, a seconda del livello di complessità di erogazione ospedaliera e territoriale e del grado di integrazione tra i due ambiti di prestazioni richiesti dalla peculiarità delle patologie trattate, si articolano in differenti tipologie organizzative in funzione dei seguenti parametri:

- limitati volumi di attività,
- presenza di pochi Centri specialistici

che caratterizzano le reti con una **relativa complessità organizzativa**;

- elevati volumi di attività,
- presenza di Centri specialistici con diversi livelli di assistenza,
- necessità di integrazione tra più reti,
- alta esigenza di multidisciplinarietà

che caratterizzano le reti con una **media/alta complessità organizzativa**.

Nel quadro delle finalità, obiettivi e ambiti di intervento delle reti clinico-assistenziali ed organizzative sopra delineato, l'attivazione e/o evoluzione delle reti stesse deve concretizzarsi nella realtà operativa, attraverso modelli flessibili e adattabili alla diversa complessità organizzativa che connota le varie reti di cura.

5. Governance delle reti

Come sopra evidenziato, ogni rete clinico-assistenziale ed organizzativa è un insieme di strutture e di figure professionali ognuna con peculiarità ed esigenze proprie il cui governo, ai fini di un efficace funzionamento, deve prevedere organismi flessibili e differenziati nella composizione che rispecchino le caratteristiche dei percorsi erogativi dei singoli network.

A titolo esemplificativo, una rete caratterizzata da una relativa complessità organizzativa, potrà avvalersi di un gruppo di lavoro ristretto rappresentativo delle specificità della rete; mentre una rete a media o alta complessità necessiterà di un gruppo di lavoro più ampio, più articolato in grado di integrare le esigenze di appropriatezza clinica e quelle di efficientamento organizzativo.

Ogni organismo di governance, comunque, indipendentemente dalle dimensioni e dalla complessità deve essere espressione della necessità di una forte integrazione e condivisione tra le priorità programmatiche regionali e le necessità organizzative aziendali e clinico-scientifiche degli operatori.

5.1 Organismo di Coordinamento delle reti

Regione Lombardia considera quale strumento idoneo al governo regionale delle reti la strutturazione di un Organismo di Coordinamento per ogni singola rete, che realizzi un'area di raccordo tra il livello programmatico regionale, e quello organizzativo gestionale delle Aziende. L'Organismo di Coordinamento rappresenta la *board* di indirizzo e di governo della rete.

Qui di seguito un elenco esemplificativo dei compiti dell'Organismo di Coordinamento:

- 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;
- proporre le modalità organizzative volte a realizzare la connessione tra i nodi della rete, secondo un modello che favorisca il raggiungimento di un'adeguata integrazione tra attività ospedaliere e territoriali;
- definire e aggiornare 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";
- proporre le modalità operative di accesso alla presa in carico;
- proporre il sistema di valutazione e monitoraggio dei livelli di efficienza, di efficacia, di qualità e sicurezza delle attività svolte;
- redigere una relazione annuale sul funzionamento della rete;
- promuovere progetti di ricerca clinica indipendente e finanziata;
- promuovere la comunicazione e l'informazione al cittadino;
- indicare le necessità formative del personale.

5.2 Composizione degli Organismi di Coordinamento

Come precisato, la governance delle reti è realizzata attraverso strumenti flessibili e differenziati, funzionali alle caratteristiche dei percorsi di presa in carico erogati nell'ambito di ogni network.

Negli Organismi di Coordinamento, indipendentemente dal livello di complessità della rete, sono sempre rappresentati la Direzione Generale Welfare e i clinici di riferimento.

A seconda poi della tipologia della rete clinico-assistenziale e organizzativa, l'organismo di governance può necessitare della presenza di diverse competenze, arricchendosi di altre rappresentanze quali:

- Direzione Generale/Sanitaria delle ASST;
- Direzione Generale/Sanitaria delle ATS;
- Azienda Regionale Emergenza-Urgenza – AREU;
- Amministrazione/Direzione Sanitaria delle Strutture private accreditate a contratto;
- Società Scientifiche;
- Coordinamenti Regionali di area tematica (es. Attività trasfusionali, trapianti);
- Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta;
- Rappresentanti degli Ordini professionali;
- Rappresentanti delle Associazioni di Volontariato e/o dei pazienti.

Gli Organismi hanno la durata di tre anni, rinnovabili, dalla data del provvedimento di nomina. Sono presieduti e coordinati dal Dirigente della Unità Organizzativa regionale competente in materia di reti o da suo delegato.

Gli Organismi di Coordinamento si riuniscono ogniqualvolta ve ne sia necessità, su iniziativa della Direzione Generale Welfare. La partecipazione alle sedute non comporta alcun compenso per i componenti.

5.3 Criteri di selezione delle rappresentanze professionali ed organizzative

La Direzione Generale Welfare nomina, con propri provvedimenti, la composizione degli Organismi di Coordinamento delle varie reti clinico-assistenziali e organizzative.

La stessa Direzione Generale ha il compito di avviare una fase di pianificazione del lavoro di costituzione/evoluzione delle reti clinico-assistenziali e organizzative attraverso incontri di approfondimento e condivisione con figure professionali significative di ogni rete, con l'obiettivo fra gli altri, di individuare, a seconda della complessità della rete, le rappresentanze professionali tra quelle dell'elenco menzionato al punto precedente, la cui presenza si rende necessaria all'interno degli Organismi di Coordinamento per garantire il più efficace governo della rete.

La scelta dei componenti di tali Organismi sarà basata, inoltre, su uno o più dei seguenti criteri e attraverso le modalità descritte:

ASST, Strutture private accreditate a contratto, ATS

- ✓ Struttura sede di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblico o privato e/o sede di Polo Universitario che ha attivo o ha attivato un significativo filone di ricerca nella tematica oggetto della rete;
- ✓ Struttura con significativa competenza maturata negli anni nella trattazione della specifica casistica oggetto della rete;
- ✓ Struttura con significativi volumi di attività, posti letto e bacino d'utenza coperto;
- ✓ Struttura dotata di significativa esperienza di integrazione e sinergia con l'assistenza territoriale e di attività di programmazione svolta in ambito di reti di patologia;

- ✓ Struttura che storicamente ha contribuito all'organizzazione ed implementazione sul territorio regionale delle reti di patologia.

Nell'individuazione delle predette Strutture, occorre tener conto e soddisfare, inoltre, un criterio di opportuno equilibrio territoriale di rappresentatività.

Clinici di riferimento

- ✓ Professionisti che hanno fatto parte storicamente dei precedenti organismi di governance delle reti di patologia (Gruppi di Approfondimento Tecnico, Comitati Esecutivi, ecc.);
- ✓ Professionisti che, dall'analisi del curriculum vitae, possiedono una comprovata esperienza nella trattazioni della casistica oggetto della rete.

Società Scientifiche, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, rappresentanti degli Ordini professionali

La Direzione Generale Welfare invierà richiesta formale alle Direzioni delle predette organizzazioni in modo che esse possano indicare il loro rappresentante in seno agli Organismi di Coordinamento delle reti.

Rappresentanti delle Associazioni di Volontariato e/o dei pazienti

La Direzione Generale Welfare individuerà le Associazioni maggiormente attive sul territorio e/o storicamente presenti nei precedenti organismi di governance delle reti di patologia (Gruppi di Approfondimento Tecnico, Steering Committee, ecc.) e invierà richiesta formale alle Direzioni delle predette organizzazioni in modo che esse possano indicare il loro rappresentante in seno agli Organismi di Coordinamento delle reti.

5.4 Commissioni Tecniche

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.

L'Organismo di Coordinamento di ogni rete indica le Commissioni Tecniche necessarie in relazione alla complessità organizzativa delle reti e in relazione agli obiettivi prioritari definiti nel Piano di Rete, di cui al successivo punto 6.

La composizione delle Commissioni Tecniche è variabile a seconda delle necessità e dei temi da approfondire. E' composta di norma dai clinici di riferimento della rete già presenti nell'Organismo di Coordinamento a cui se ne possono aggiungere altri - indicati dall'Organismo di Coordinamento in raccordo con la Direzione Generale Welfare - in relazione alle esigenze di trattazione tematica.

Le Commissioni Tecniche sono coordinate - a rotazione di un anno - da un clinico, scelto all'interno delle Commissioni stesse che ha la responsabilità di promuovere e monitorare le specifiche attività. I documenti scientifici e le proposte di efficientamento organizzativo, prodotte dalle Commissioni Tecniche, sono condivise all'interno dell'Organismo di Coordinamento della rete prima di essere sottoposte alla Direzione Generale Welfare per la successiva valutazione e approvazione formale.

6. Piano di Rete

L'Organismo di Coordinamento di ogni rete propone alla Direzione Generale Welfare per la successiva approvazione, un Piano di Rete costitutivo che segna l'evoluzione dalla rete di patologia alla rete clinico-assistenziale ed organizzativa.

Il Piano di Rete, a seconda della tipologia di complessità organizzativa a cui appartiene la rete, deve contenere gli elementi fondamentali per la sua costituzione/evoluzione nel solco dei principi guida e degli obiettivi definiti dalla riforma del Sistema sociosanitario regionale.

Si elencano di seguito, a titolo esemplificativo, gli argomenti che devono essere sviluppati nel Piano di Rete:

- quadro epidemiologico,
- analisi dei fabbisogni clinico-assistenziali e mappatura della disponibilità e tipologia dell'offerta,
- individuazione delle strutture che partecipano alla rete e loro ruolo all'interno della stessa,
- individuazione degli operatori che intervengono nel percorso di presa in carico nella rete e loro qualificazione professionale,
- modalità organizzative per realizzare la connessione tra i nodi della rete,
- individuazione e strutturazione dei punti di accesso alla rete,
- Individuazione delle Linee Guida dei percorsi di presa in carico che devono essere prioritariamente sviluppati e aggiornati,
- definizione delle modalità di valutazione e monitoraggio dei livelli di efficienza, di efficacia, di qualità e sicurezza delle attività della rete,
- criteri per la partecipazione e condivisione delle attività di ricerca,
- indicazione dei bisogni formativi,
- individuazione delle sedi e fasi del coinvolgimento delle Associazioni del Volontariato e/o dei Pazienti cui affidare anche funzioni di integrazione e/o completamento dell'offerta istituzionale,
- modalità e contenuti degli aspetti di comunicazione e informazione tra gli attori della rete e verso i cittadini.

7. Ruolo delle associazioni di volontariato e dei pazienti

Il ruolo delle Associazioni di Volontariato e/o dei pazienti ha raggiunto da anni una maturità ed una consapevolezza tali da poter partecipare in modo propositivo alla programmazione regionale degli interventi sanitari.

La Direzione Generale Welfare può organizzare, a questo proposito, dei Tavoli di Consultazione per valorizzare il ruolo delle Associazioni che si esprime anche attraverso la segnalazione di criticità o disagi e la proposta di iniziative di miglioramento, contribuendo così, al conseguimento dei fini istituzionali.

L'associazionismo è una delle componenti formalmente riconosciute dalle reti. Un corretto coinvolgimento e co-partecipazione dei pazienti/cittadini alla gestione dei servizi sanitari all'interno delle reti clinico-assistenziali e organizzative 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 lo sviluppo della collaborazione tra le Direzioni Aziendali e le Associazioni su diversi temi sensibili come i progetti/attività riguardanti la formazione ai pazienti, la formazione ai "caregiver" ed il supporto psicologico.

8. Comunicazione-informazione

Elemento fondamentale e qualificante della rete clinico-assistenziale e organizzativa 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 anche attraverso la costituzione e aggiornamento di un sito dedicato. Nel processo comunicativo-informativo la rete 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.

9. 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, A questo ambito attengono le attività relative alla ricerca e innovazione in area diagnostica, terapeutica, clinico-assistenziale e organizzativa.

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.

10. Formazione

Al fine di garantire il potenziamento delle competenze ed abilità degli operatori della rete clinico-assistenziale e organizzativa, 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.