

Reti cliniche di patologia: 1° incontro di riconduzione «Rete terapia del dolore e cure palliative» - evento del 6 dicembre 2021

Roberta Chiandetti SC Coordinamento Reti Cliniche



MODELLO PER LA GESTIONE DELLE RETI CLINICHE DI PATOLOGIA



Versione	Data	
1	30/9/2020	Prima emissione
Responsabile della stesura del Documento		Firma Data
Documento verificato da		Firma Data


Sommario

Introduzione	3
Definizione: rete clinica, filiera	3
Finalità delle reti cliniche	3
Logiche e modello di riferimento per le reti cliniche regionali.....	4
Risultati attesi.....	4
Riferimenti normativi nazionali e regionali.....	4
Modello regionale per il governo delle reti cliniche.....	6
1. Lo stato dell'arte in Regione.....	7
2. Le reti di integrazione	8
3. Piano della cronicità.....	8
4. Le SOC di Coordinamento: COR, CRC, CCMR.....	8
5. Reti.....	10
6. I Nuclei funzionali aziendali.....	11
7. La Cabina di Regia.....	11
8. Gli Strumenti.....	12
Sistemi di monitoraggio.....	12
Sistema Informatico.....	13
Telemedicina.....	13
Formazione.....	13
Health Technology Assessment.....	13
Audit clinico.....	13
9. Sito aziendale ARCS.....	14
Formalizzazione dei documenti.....	14
10. ALLEGATO 1. Tabella di riconduzione delle reti/filiere già attivate con provvedimenti di Giunta Regionale/Direzione Centrale Salute	15

AGENDA della giornata

- brevi cenni su Reti Cliniche, PDTA e metodologia documentale
- Modello di gestione reti cliniche
- nuclei funzionali e *link professional* aziendali: funzioni e mandati
- responsabilità e obiettivi gruppo di coordinamento e coordinatore di rete
- il Piano di Rete
- attività "trasversali" ARCS e Cabina di regia

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 165 DEL 5 FEBBRAIO 2016

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA	
tel + 39 0403775551 fax + 39 0403775523	salute@regione.fvg.it salute@centregione.fvg.it I - 34124 Trieste, Riva Nazario Sauro 8

LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE E LA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

DGR n°165 5 febbraio 2016 “La rete delle cure palliative e la rete della terapia del dolore della regione Friuli Venezia Giulia”- Aggiornamento componenti per le cure palliative e la terapia del dolore nel paziente adulto”



DETERMINAZIONE DEL RESPONSABILE

“SC COORDINAMENTO RETI CLINICHE”

N. 551

DEL 15/07/2021

OGGETTO

DGR n°165 5 febbraio 2016 “La rete delle cure palliative e la rete della terapia del dolore della regione Friuli Venezia Giulia”- Aggiornamento componenti per le cure palliative e la terapia del dolore nel paziente adulto

IL DIRIGENTE RESPONSABILE
Maurizio Andreatti

ADOPTA IL SEGUENTE PROVVEDIMENTO



DETERMINAZIONE DEL RESPONSABILE

“SC COORDINAMENTO RETI CLINICHE”

N. 594

DEL 02/08/2021

OGGETTO

DGR n.165 5 febbraio 2016 e Determina ARCS n.551 15 luglio 2021 : “Integrazione aggiornamento componenti per le cure palliative e la terapia del dolore nel paziente adulto”

IL DIRIGENTE RESPONSABILE
Maurizio Andreatti

ADOPTA IL SEGUENTE PROVVEDIMENTO

Le premesse

La Legge 15 marzo 2010, n. 38 concernente: *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*, cerca di garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore a favore del malato con malattia inguaribile o affetto da patologia cronica dolorosa, nell'obiettivo di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza su tutto il territorio nazionale, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.



Legge regionale 14 luglio 2011, n°10: *«Interventi per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore»*. La Regione Friuli Venezia Giulia tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. In particolare è tutelato e garantito l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA), al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

LA RETE REGIONALE DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE

La **rete regionale delle cure palliative e della terapia del dolore** è costituita da un'aggregazione funzionale e integrata delle reti locali; con la finalità di garantire l'opportuna sinergia delle reti locali è istituito presso la Direzione centrale salute un unico coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore in coerenza con l'Accordo CSR del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR) e la L.R. 10/2011.

Il Coordinamento, istituito presso la Direzione centrale salute è costituito da almeno una rappresentanza per ogni singola professione responsabile del piano diagnostico-terapeutico e assistenziale. La composizione del Coordinamento e le sue modalità di nomina sono stabilite dalla Giunta regionale.

LA RETE REGIONALE DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE

Al **coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore** sono attribuiti i seguenti compiti:

- a) **definire indirizzi e raccomandazioni** per conseguire, nell'intero territorio regionale, **livelli uniformi di erogazione e accesso alle cure palliative e ai trattamenti antalgici**;
- b) fornire i supporti tecnici e formativi per il personale dipendente e convenzionato impegnato stabilmente, o prevalentemente, nelle cure palliative e nella terapia del dolore;
- c) offrire consulenza metodologica alle aziende sanitarie per la stesura e realizzazione di programmi di cure palliative e di terapia del dolore;
- d) **valutare e monitorare lo stato di attuazione delle reti locali** in base alle indicazioni regionali per lo sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore sull'intero territorio regionale, dandone adeguata informazione;
- e) **definire gli indicatori quali/quantitativi di cure palliative e di terapia del dolore**, al fine di supportare tecnicamente la programmazione regionale in materia;
- f) **sviluppare e monitorare il sistema informativo regionale** sulle cure palliative e la terapia del dolore;
- g) promuovere e monitorare le attività di ricerca in materia di cure palliative e terapia del dolore;
- h) trasmettere, con cadenza annuale, alla Giunta regionale una relazione analitica di descrizione sull'esito delle cure palliative e sulla gestione dei servizi erogati dalle reti per le cure palliative, nonché sui programmi e sulle iniziative di terapia del dolore, regionali e presso strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private accreditate.

La RETE



.... Struttura particolare formata da fili intrecciati e da una serie di nodi....

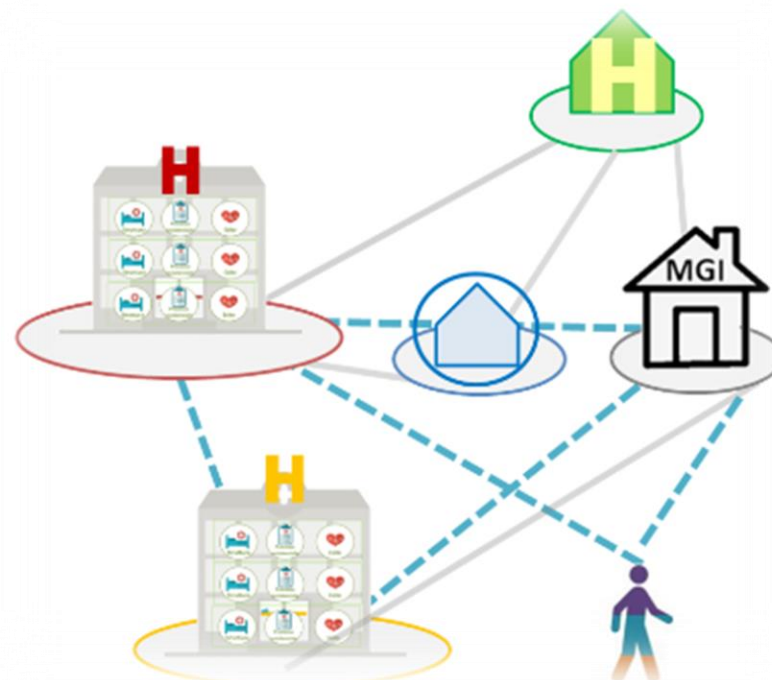
... Modello di organizzazione



Reti sociali



Reti ospedaliere



LAVORO DI INTEGRAZIONE/LAVORO DI RETE





»»»»

**Necessità di
strutturare
la continuità
assistenziale/delle
cure,
l'integrazione tra
strutture sanitarie,**



**Necessità di recepire
ed attuare le
indicazioni normative**



**Necessità di
accogliere le spinte
esterne
all'organizzazione
(... associazioni di
pazienti, società
scientifiche di
categoria, interesse
di singoli
professionisti, ...)**



Cambio di
paradigma dei
luoghi della
salute verso:



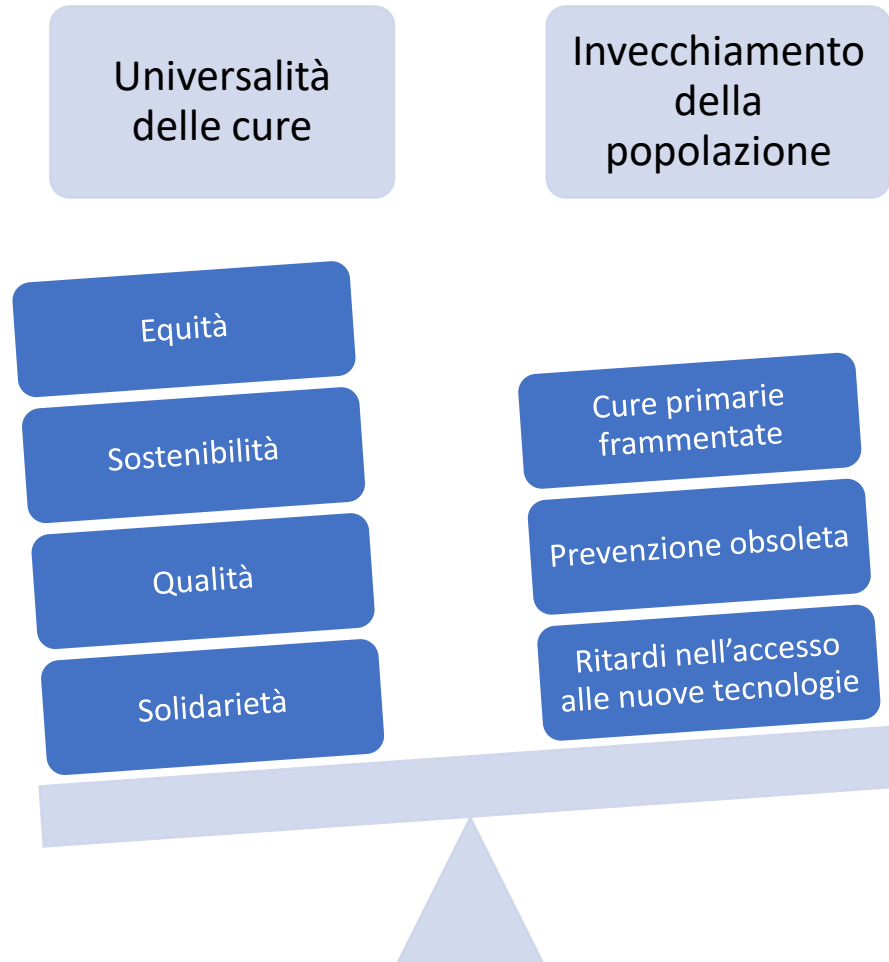
approccio
preventivo

centralità
delle cure
primarie

determinanti
di salute

continuità
assistenziale

Criticità «di sistema»





ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

1. ELEMENTI COMUNI DI RETE CLINICO-ASSISTENZIALE

1.1 Definizione di Rete clinico assistenziale

La Rete clinico-assistenziale è 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 cittadini¹.



Reti Cliniche
di Patologia

Roberta Chiandetti SC Coordinamento Reti Cliniche



ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute

Le Reti Patologia

art. 39 LR 17/2014

1.....Reti professionali che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con attività distrettuale e/o sovra distrettuali e sovra aziendali con l'obiettivo di assicurare continuità assistenziale e definire modalità di presa in carico e trattamento dei pazienti su tutto il territorio regionale, facendo partecipare attivamente anche i rappresentanti di cittadini o pazienti per favorire una umanizzazione dei percorsicoerente con i loro bisogni di assistenza.

2....Assicurano un costante confronto tra i professionisti.....

Rete di Patologia

Modello innovativo di organizzazione dell'assistenza fondato sulla **condivisione delle conoscenze e sulla collaborazione clinica**, finalizzato a migliorare la qualità e l'appropriatezza di cura di una malattia e l'efficienza del Sistema nell'utilizzo delle risorse, orientando al contempo il paziente nei percorsi di cura, con riduzione dei tempi di attesa e della mobilità. (R. nefrologica, R. epatologica, R. reumatologica,.....)

Elementi fondanti

- Integrazione multiprofessionale e multidisciplinare
- condivisione dell'informazione clinica
- condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici tra professionisti di setting diversi (specialisti ospedalieri e del territorio, MMG/PLS, Infermiere, Fisioterapista,)

Laura Perego

Reti di Patologia – il DM «Balduzzi»

8.1.1. All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale:

- rete infarto
- rete ictus
- rete traumatologica
- rete neonatologica e punti nascita
- rete medicine specialistiche
- rete oncologica
- rete pediatrica
- rete trapiantologica
- rete terapia del dolore
- rete malattie rare



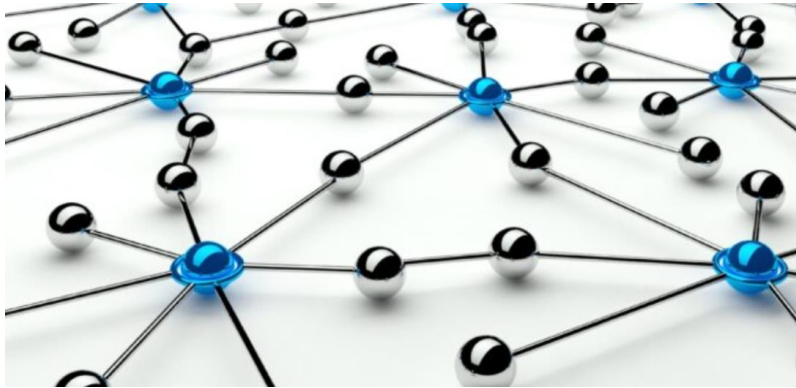
Reti Tempo dipendenti – DM Balduzzi

8.2 Indicazioni per le reti ospedaliere per le patologie complesse tempo-dipendenti.

Sulla base dell'impatto sanitario della patologie tempo-dipendenti,, si fa riferimento alla

- **rete per le emergenze cardiologiche**
- **rete per il trauma** ed identificati gli standard dei Centri per il trattamento di pazienti con politrauma
- alla **rete per l'ictus**.

Reti ospedaliere - Il modello Hub and Spoke



Obiettivo

« ... garantire a tutti i cittadini l'assistenza necessaria, indipendentemente dal luogo di residenza»

(DGR1539/2015)

Organizzazione dei Presidi ospedalieri in RETE in base all'intensità e complessità di cura/livelli di assistenza; si distinguono Ospedali **HUB** e Ospedali **Spoke** collegati tra di loro funzionalmente.

Ospedali Hub: centri di riferimento regionale, garantiscono maggiore intensità assistenziale e concentrano patologia e casi clinici più complessi; operano in collegamento con i presidi ospedalieri territoriali Spoke e possono essere di 1 o di 2 livello

Ospedali Spoke: assicurano le funzioni ospedaliere di base, si occupano di pazienti che richiedono cure a minore complessità o richiedono la prosecuzione di cure che non necessitano di un permanenza negli ospedali Hub

Appropriatezza

Il concetto di **appropriatezza**, non va applicato soltanto all'analisi delle diverse prestazioni e delle attività clinico-assistenziali ma anche e primariamente al “dove” (setting).

L'appropriatezza del luogo di cura e del professionista più pertinente (competenze, tecnologie, tempi disponibili, ecc.) per i fabbisogni del paziente è un prerequisito di economicità ma anche di qualità complessiva sia dell'offerta sia della relazione servizio-utente.

Punti di «integrazione naturale» ospedale-territorio

**dimissioni
protette/facilitate
rivolte a pazienti da
inviare in regime di
assistenza
domiciliare o
residenziale**



**specialistica
ambulatoriale,
secondo un'ottica di
unitarietà e di
continuità ospedale-
territorio**



**disegno a rete di tipo
hub and spoke utile
per standardizzare le
funzioni dei diversi
livelli di
specializzazione che
il sistema deve
garantire per fare
fronte ai differenti
gradi di complessità
dei bisogni
assistenziali**

Esaltare le differenze.....

OSPEDALE:

- guarisce
- cura la malattia
- considera il paziente
- curing (modello positivistico)

DISTRETTO:

- accompagna
- si prende cura della persona
- considera la persona nel suo contesto familiare e ambientale
- caring (modello relazionale)

Reti professionali: il potere delle connessioni

L'analisi organizzativa dei sistemi complessi richiede la conoscenza delle relazioni tra le parti.



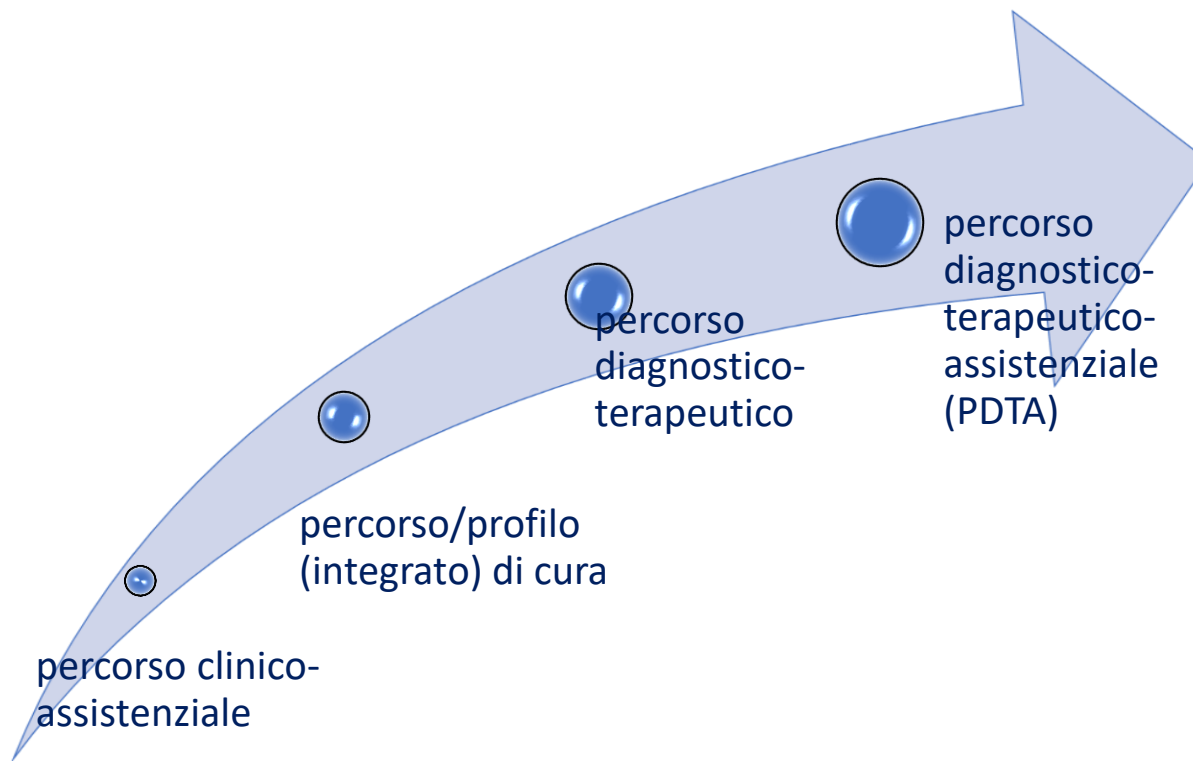
- ... Le Reti clinico-assistenziali rappresentano un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale 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 ...

Dalle Reti ai PDTA

- Se per rete clinica si intende la rete complessiva di offerta (professionisti, strutture, prestazioni, servizi) coinvolta nella risposta a specifici problemi di salute (ad es., rete oncologica, ictus, infarto miocardio, trauma, etc.), ...
- ... i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) identificano i modelli di presa in carico per ciascuna condizione patologica a cui la rete clinica si riferisce, declinandone i contenuti dalla fase di prevenzione a quella del fine vita sia sul piano clinico assistenziale che su quello dell'organizzazione dei servizi.



ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute



Reti Cliniche
di Patologia



Roberta Chiandetti SC Coordinamento Reti Cliniche



ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute

PDTA è un complesso intervento che definisce i processi delle decisioni cliniche e dell'organizzazione di cura di un ben definito gruppo di pazienti, in un definito periodo di tempo

Il termine «**percorso**» per definire:

- l'iter del paziente dal primo contatto con il mondo sanitario alla diagnosi e terapia,
 - l'iter organizzativo che si realizza nella realtà aziendale dal momento della presa in carico del paziente.
- P**
D
T
A
- i termini "**diagnostico**", "**terapeutico**" e "**assistenziale**" per definire:
 - la presa in carico totale - dalla prevenzione alla riabilitazione - della persona che ha un problema di salute 
 - gli interventi multi professionali e multidisciplinari rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità.
- 

Le caratteristiche comprendono:

- la definizione di obiettivi ed elementi chiave di cura basati sull'evidenza (in particolare LG);
- la *best practice* e le aspettative dei pazienti;
- la facilitazione della comunicazione tra professionisti e con il paziente e familiari;
- la coordinazione spazio-temporale dei processi di cura e delle attività del team multidisciplinare e multiprofessionale, del paziente e familiari;
- la documentazione, il monitoraggio e la valutazione della variabilità e degli *outcome*;
- l'identificazione di appropriate risorse

miglioramento della qualità di cura lungo il *continuum* dell'assistenza, migliorando gli esiti aggiustati per il rischio, promuovendo la sicurezza del paziente e ottimizzando le risorse.





ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute

PDTA -1



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

uniformare l'approccio
clinico a determinate
categorie di pazienti (clinical
pathway o integrated care
pathway).

una metodologia mirata alla
condivisione dei processi
decisionali e
dell'organizzazione
dell'assistenza per un gruppo
specifico di pazienti durante
un periodo di tempo ben
definito.



Reti Cliniche
di Patologia

Roberta Chiandetti SC Coordinamento Reti Cliniche



ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute

PDTA -2

- Devono includere una chiara esplicitazione degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza basata sulle evidenze scientifiche
- Devono facilitare le comunicazioni tra i membri del team, i caregivers e i pazienti
- Devono coordinare il processo di assistenza tramite il coordinamento dei ruoli e l'attuazione delle attività dei team multidisciplinari d'assistenza
- Devono includere la documentazione, il monitoraggio e la valutazione degli outcomes
- Devono infine identificare le risorse necessarie all'attuazione del percorso

Lo **scopo dei PDTA** è dunque quello di incrementare la qualità dell'assistenza percepita ed effettivamente erogata, migliorando gli *outcomes* e promuovendo la sicurezza del paziente attraverso l'utilizzo delle giuste risorse necessarie.

PDTA -3

- ✓ Garantire appropriatezza delle prestazioni, uniformità di trattamento per i pazienti, continuità assistenziale, miglioramento della qualità delle cure,... ma anche sviluppo professionale e valorizzazione dell'expertise,
- ✓ Rappresentare il miglior percorso praticabile nella specifica organizzazione.

Garantire:

- Efficienza (massima qualità al costo più basso), appropriatezza prestazioni
- Riproducibilità dei processi
- Uniformità delle prestazioni
- Definizione dei ruoli, ri-orientamento delle responsabilità
- Reciproca conoscenza, scambio informazioni
- Riduzione eventi avversi
- Possibilità di scelta degli investimenti



ARCS

Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

In ambito italiano, GIMBE ha definito un percorso in 5 fasi :

1. Definizione priorità;
2. Costituzione del gruppo di lavoro;
3. Mappatura del percorso;
4. Elaborazione e stesura del Percorso Assistenziale;
5. Disseminazione, Implementazione



Valutazione




Reti Cliniche
di Patologia


Roberta Chiandetti SC Coordinamento Reti Cliniche



ARCS

Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute

 Definire le priorità come area d'interesse (esiti desiderabili e criteri di eleggibilità) e come gruppo omogeneo di pazienti. L'area d'interesse è di solito focalizzata a malattie ad alto costo e alta prevalenza e dipende dalla disponibilità di terapie multiple e di pattern di trattamento eterogenei.

 Nel formare il gruppo che deve, per definizione, essere multidisciplinare bisogna tenere conto anche della multi-professionalità. *(i clinici possono essere la più forte barriera all'espansione dei PDTA.....)*



INDICATORI..... per delinare/valutare il percorso

- ✓ Possono individuare indicatori di struttura, che misurano le risorse utilizzabili nell'ambito del percorso (operatori, dotazioni tecnologiche, posti letto ecc.);
- ✓ indicatori di processo, che misurano il funzionamento del PDTA/PIC;
- ✓ indicatori di appropriatezza clinica (diagnostica/terapeutica) oppure organizzativa (al domicilio, in ambulatorio, nel day-hospital, durante il ricovero);
- ✓ indicatori di *output* che misurano i volumi di produzione (giornate di degenza, prestazioni erogate) o la capacità produttiva come rapporto tra una dotazione strutturale (posti letto, numero personale) e il volume di produzione;
- ✓ indicatori di esito, che misurano le variazioni dello stato di salute a livello del singolo individuo e della collettività;
- ✓ indicatori di equilibrio economico, che misurano l'impatto economico del PDTA/PIC globale, come costo delle risorse impiegate nell'erogazione del percorso, e parziale, come costo di singole fasi del PDTA/PIC (parte ospedaliera, territoriale, ambulatoriale).

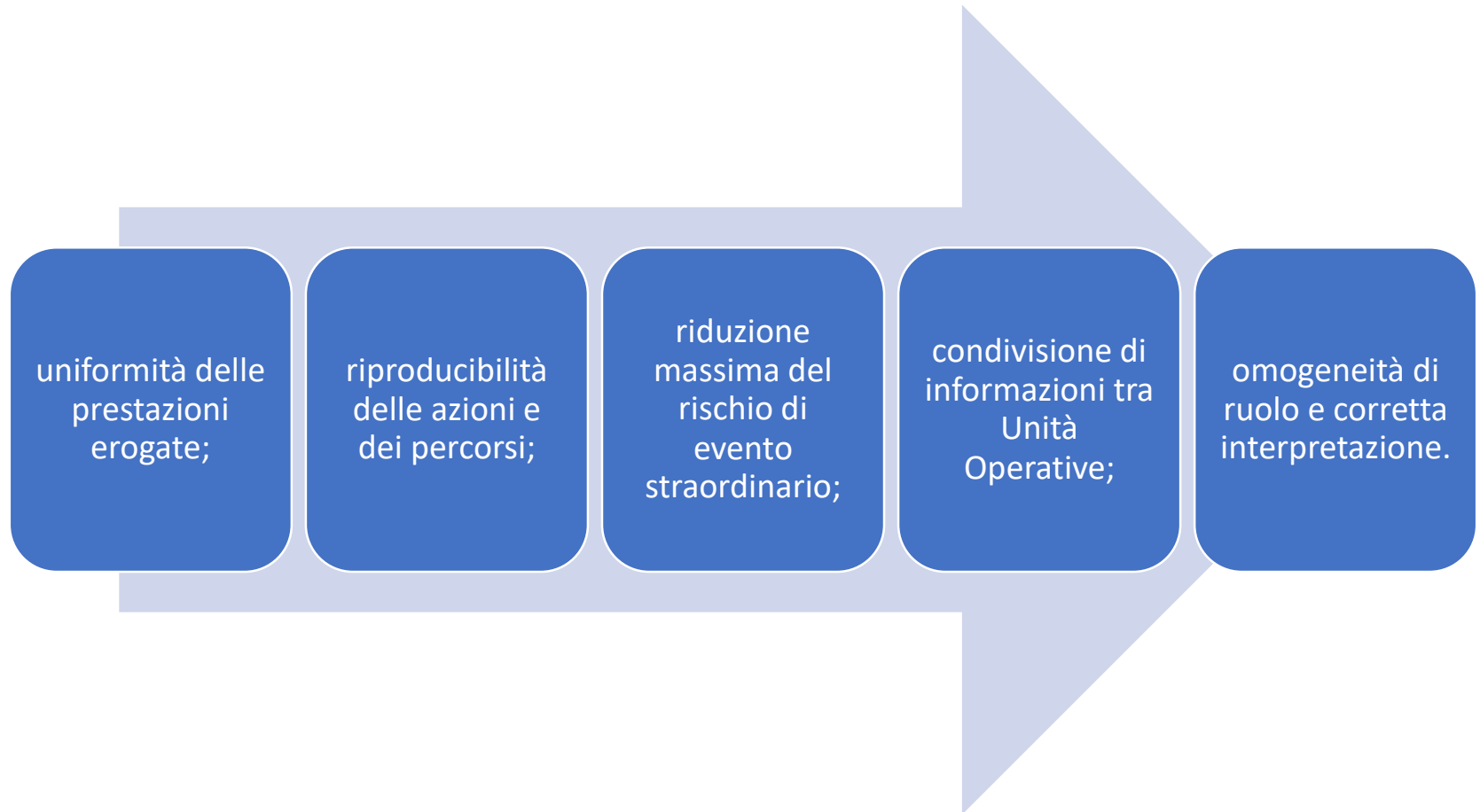




ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA



Reti Cliniche
di Patologia

Roberta Chiandetti SC Coordinamento Reti Cliniche



ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute

E a casa nostra?...le norme applicative



Riferimenti normativi

2014

L.R. 17 «Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e socio sanitaria» (... *Ospedali e Territorio in Rete = modello Hub e Spoke, Reti tempo dipendenti, Reti di patologia,.....*)

2015

DM. 70 «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» (... *Hub e Spoke = modello di riferimento riorganizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali e Reti sanitarie: tempo dipendenti e di patologia*)

2016

Piano cronicità 2016 (ASR 15/09/2016) (... *costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni "globali".... evidenti e misurabili le performance dei professionisti, esperti di tecniche cliniche ed assistenziali, in relazione dinamica tra loro..*)

2018

L.R. n. 27 «Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale» (...*Modello Hub e Spoke, Reti cliniche regionali, meccanismi operativi,...*)

RETI ATTIVATE- 2018

Reti sanitarie	Provvedimento	Data
Rete malattie rare	DGR 2228 DGR 1968 DGR 1002	22/09/2006 21/10/2016 01/06/2017
Rete per le gravi cerebro-lesioni acquisite	DGR 1309	25/07/2012
Rete per i disturbi del comportamento alimentare	Decreto ASAO 1200	10/12/2013
Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti	DGR 594	28/03/2014
Rete per la gestione del paziente con ictus	DGR 2198	20/11/2014
Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera fegato	DGR 2533	18/12/2014
Rete per l'assistenza al paziente con malattia reumatica	DGR 302	20/02/2015
Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera rene	DGR 1539	31/07/2015
Rete dell'emergenza urgenza-Piano di riorganizzazione (PEU)	DGR 2039	16/10/2015
Rete per le cure palliative	DGR 165	05/02/2016
Rete per la terapia del dolore	DGR 1060 DGR 1681	10/06/2016 08/09/2017
Rete odontoiatrica: programma regionale di odontoiatria sociale	DGR 1970	21/10/2016
Rete Cure Sicure FVG	DGR 599	31/03/2017
Rete della medicina di laboratorio-Piano di riorganizzazione	DGR 735	21/04/2017
Rete emergenze cardiologiche	DGR 735	21/04/2017
Rete gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera cuore	DGR 735	21/04/2017
Rete insufficienza cardiaca cronica	DGR 735	21/04/2017
Rete delle malattie neuromuscolari e della sclerosi laterale amiotrofica	DGR 817	03/05/2017
Rete pediatrica	DGR 730	21/03/2018
Rete HPH	Decreto ASAO 1100	31/07/2018
Rete infettivologica	DGR 1523	10/08/2018

Fonte: sito internet Regione FVG, link: <http://www.Regione.fvg.it/asp/delibere/layout1.asp>

il lavoro in rete.....



- **continuità assistenziale ed integrazione operativa** tra servizi territoriali e strutture ospedaliere ottimizzando i tempi di intervento con l'applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici-riabilitativi condivisi su tutto il territorio regionale e strumenti informativi comuni per consentire il lavoro in Rete ed il collegamento tra strutture regionali
- **equità d'accesso ai servizi e pari opportunità** di trattamento diagnostico, terapeutico ed assistenziale ai cittadini residenti in Regione
- **livelli di sicurezza adeguati** attraverso la definizione di criteri di appropriatezza del setting assistenziale in relazione alle prestazioni erogate con la centralizzazione dei pazienti, in base alla gravità del quadro clinico, nelle strutture sanitarie più avanzate dal punto di vista delle competenze cliniche, tecnologiche e strutturali (paziente giusto, nel posto giusto, nel tempo giusto)

il lavoro in rete.....



- ❑ **efficienza nell'utilizzo delle risorse** e qualità delle prestazioni erogate (rispetto volumi minimi di casistica da trattare)
- ❑ **competenze professionali specifiche** tra gli operatori coinvolti ai vari livelli, (iniziative formative comuni su tutto il territorio regionale, al fine di creare sinergie e favorire l'integrazione fra operatori dell'intera Rete e diffondere le buone pratiche cliniche)
- ❑ **valutazione esiti delle cure, dell'appropriatezza** dei trattamenti e dei **livelli di qualità erogati** dalle strutture costituenti le Reti e dell'impatto economico in termini di costi-benefici in rapporto all'attività espletata ai vari livelli della Rete, anche attraverso azioni di benchmark nazionali e sovra-nazionali. Attività possibili grazie alla disponibilità di dati omogenei che permettono l'effettuazione di valutazioni di performance dei servizi offerti garantendo nel contempo i flussi informativi regionali e nazionali
- ❑ **umanizzazione cure, coinvolgimento** e mantenimento di rapporti proficui con le associazioni di volontariato o di pazienti, presenti sul territorio regionale.

Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale.

TITOLO I

NORME FONDAMENTALI SUI SISTEMI SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALI

Art. 2

(Finalità)

1. La ridefinizione dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale è finalizzata a:

- a) migliorare la capacità di presa in carico del cittadino per il suo bisogno di salute e la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali;**
- b) perseguire l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociale;**
- c) migliorare il coordinamento dell'assistenza sul territorio regionale e garantire l'omogeneità dei servizi offerti;**
- d) migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera e la sicurezza dei percorsi di cura, attraverso standard strutturali e qualitativi e attraverso l'individuazione di misure che ne rendano effettivo il monitoraggio;**
- e) valorizzare il ruolo del distretto sanitario, anche con un corretto dimensionamento delle articolazioni territoriali;**

Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale.

TITOLO I

*NORME FONDAMENTALI SUI SISTEMI SANITARIO E SOCIO SANITARIO
REGIONALI*

Art. 4

(Livelli di governo del Servizio sanitario regionale)

4. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute:

.....

- 2) gestione del rischio clinico e valutazione della qualità;
- 3) misurazione degli esiti;
- 4) valutazione di impatto delle innovazioni e delle tecnologie sanitarie;
- 5) valutazione degli investimenti;

c) cura il coordinamento e il controllo:

- 1) delle reti cliniche di cui all'articolo 9, delle quali ne cura altresì l'attivazione;
- 2) del governo clinico regionale di cui all'articolo 10;



Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale.

TITOLO I

NORME FONDAMENTALI SUI SISTEMI SANITARIO E SOCIO SANITARIO REGIONALI

Art. 9 STRUTTURE AZIENDALI

- ✓ *L'assistenza è organizzata secondo il modello Hub e Spoke secondo il principio delle Reti cliniche,*
- ✓ *L'attività dei PO Hub è integrata e coordinata con l'attività dei PO Spoke...*
- ✓ *Le strutture contribuiscono alla realizzazione delle Reti cliniche che costituiscono il modello organizzativo per assicurare la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale attraverso relazioni, anche di coordinamento, tra professionisti, strutture e servizi che erogano prestazioni sanitarie e socio sanitarie...*
- ➔ ✓ *Le Reti cliniche articolano e integrano l'assistenza ospedaliera e quella territoriale»*

Art. 10 MECCANISMI OPERATIVI

Il governo clinico dei percorsi di cura è assicurato attraverso:

- ➔ ✓ *percorsi diagnostici terapeutici assistenziali strutturati e standardizzati (PDTA)*
- ✓ *gestione rischio clinico e valutazione della qualità*
- ✓ *misurazione degli esiti*
- ✓ *valutazione di impatto delle innovazioni e tecnologie sanitarie*

LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2021

6.5 Governo clinico e Reti di patologia

Nel corso del 2020 ARCS ha definito e adottato il modello di governo delle Reti cliniche che prevede di ricondurre ad una gestione omogenea le modalità di attivazione e aggiornamento delle Reti e dei documenti prodotti. Il modello prevede l'attivazione della cabina di regia e l'utilizzo di strumenti di governo, quali sistemi di monitoraggio, standard di formazione, nuclei funzionali aziendali ecc. ..., che troveranno graduale implementazione nell'anno 2021.

Obiettivi ARCS	Risultato atteso
Attivazione della cabina di regia	Convocazione del primo incontro entro marzo 2021
Organizzazione della formazione dei componenti dei nuclei funzionali nominati dalle Aziende	Attivazione di almeno un modulo formativo entro l'anno
Impostazione del sistema di monitoraggio delle reti attivate	evidenza del sistema di monitoraggio delle reti attivate nel 2020
Attivazione della rete diabetologica regionale	Evidenza dell'attivazione della rete diabetologica regionale entro giugno 2021 Predisposizione della proposta di PDTA del diabete nell'adulto e del PDTA del diabete in età evolutiva entro il 31.12.2021
Aggiornamento del PDTA ictus relativamente al percorso post acuto del paziente	Formalizzazione del documento entro il 31.12.2021
Attivazione rete senologica regionale	Attivazione della rete senologica entro il 30.06.2021 Predisposizione della proposta di PDTA della mammella entro il 31.12.2021

Obiettivi Aziende	Risultato atteso
Costituzione nuclei funzionali	Evidenza della costituzione dei nuclei funzionali aziendali e comunicazione ad ARCS della loro composizione entro il 30 aprile
Partecipazione dei componenti dei nuclei funzionali alla formazione organizzata da ARCS	Partecipazione ai moduli formativi organizzati da ARCS



PDTA : come eravamo.....la condivisione del metodo

1. **Elaborazione** a cura dei gruppi di lavoro lavoro multi-professionali (individuazione e nomina di professionisti rappresentativi di tutte le Aziende sanitarie regionali e con expertise sulla tematica trattata)
2. **Approvazione e validazione** dei documenti da parte del gruppo di coordinamento della Rete (direttori di SOC, SOS, direttori sanitari, direttori DMO ..)
3. **Presentazione e condivisione** dei documenti con i Direttori Sanitari
4. **Formalizzazione** da parte della DCS con decreto del direttore di Area Servizi Assistenza Ospedaliera
5. **Diffusione** pubblicazione su sito regione FVG e trasmissione a tutti gli Enti Sanitari per diffusione e coinvolgimento dei professionisti
6. **Progettazione e attuazione** di percorsi formativi ad hoc a valenza regionale (PFR – approvazione ARCS)



Metodologia di lavoro

Per l'elaborazione di questo documento ci si è avvalsi del supporto metodologico fornito dal documento [2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure](#) e [La rete cardiologica per la cura del malato con scompenso cardiaco: organizzazione dell'assistenza ambulatoriale - ANMCO](#) e tenendo conto del documento "Modello per la gestione delle reti cliniche di patologia".

Il processo di elaborazione del PDTA ha tenuto conto di alcune fasi:

1. individuazione del gruppo di esperti multiprofessionale e multispecialistico;
2. ricerca della letteratura scientifica di riferimento;
3. valutazione delle prove scientifiche raccolte in base al sistema di grading presente nelle LG adottate;
4. definizione del PDTA tenendo conto della realtà regionale;
5. valutazione del documento elaborato con metodo AGREE II da parte di specialisti in materia esterni al gruppo di lavoro¹

Nel documento è assente la presenza di sponsor commerciali. La sua stesura ed implementazione risponde ai mandati istituzionali regionali.

¹ AGREE- Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation II- Versione italiana a cura della Fondazione Gimbe



**DECRETO
DEL DIRETTORE GENERALE**

dott. Giuseppe Tonutti

nominato con deliberazione della Giunta Regionale n° 2269 del 27.12.2019

coadiuvato per l'espressione dei pareri di competenza:

dal Direttore amministrativo dott.ssa Elena Cussigh nominato con decreto n. 133 del 21/05/2020
e dal Direttore sanitario dott. Maurizio Andreatti nominato con decreto n. 15 del 15/01/2020

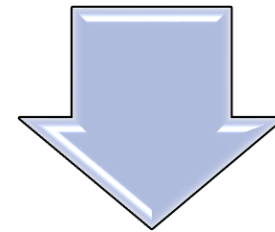
N. 209

DEL 30/09/2020

AVENTE AD OGGETTO:

**ADOZIONE DEL DOCUMENTO "MODELLO PER LA GESTIONE DELLE RETI CLINICHE DI
PATOLOGIA"**

- 1** delineare un modello di riferimento per integrare in modo efficace i professionisti;
- 2** coordinare e sviluppare servizi, condividere risorse,
- 3** integrazione con le architetture organizzative delle singole Aziende Sanitarie.



- 1** omogeneizzare il grande numero di provvedimenti fino ad ora adottati a livello regionale sotto un unico modello gestionale;
- 2** semplificazione e razionalizzazione delle attività connesse alle finalità delle reti;
- 3** costante monitoraggio degli esiti utili alla revisione dei processi finalizzati al miglioramento continuo dei servizi offerti.

Le diverse reti fino ad ora attivate sono quindi ricondotte all'organizzazione prevista nel presente documento e ricollocate in seno alle SOC di riferimento

Rete emergenza-urgenza (patologie tempo dipendenti)
Rete per le gravi insufficienze d'organo e trapianti: le filiere
Rete delle medicine specialistiche (classificazione DM 70/2015)
Rete per le malattie rare
Rete oncologica
Rete pediatrica
Area della Cronicità

Le SOC di Coordinamento: COR, CRC, CCMR

Ciascuna delle tre strutture di Coordinamento delle reti ha a capo un Direttore che entra a far parte della Cabina di regia ARCS e svolge un ruolo di sintesi, di gestione delle trasversalità e di integrazione delle attività. I coordinatori delle SOC COR, CRC, CCMR definiscono, in accordo con la Cabina di regia, i mandati delle diverse reti in coerenza con le strategie e le politiche regionali.

Allocazione reti all'interno delle SOC di riferimento

Struttura di Coordinamento Reti Cliniche ARCS			Struttura Centro di Coordinamento malattie Rare	Struttura Oncologica Regionale
Rete Emergenza-urgenza (patologie tempo dipendenti) *	Rete per le Gravi Insufficienze d'organo e trapianti **	Rete Medicine specialistiche	Rete Malattie Rare	Rete Oncologica Regionale
Reti Cliniche di Patologia		Area della Cronicità	Rete Pediatrica	

*La rete emergenza-urgenza per la parte di competenza si raccorda con la Sala Operativa Regionale - Emergenza Sanitaria – SORES;

**La rete delle gravi insufficienze d'organo e trapianti si raccorda con il Centro regionale trapianti. Delibera regionale n° 519/2017 di Coordinamento per la Salute

Tabella di riconduzione delle reti/filiere già attivate_con provvedimenti di Giunta Regionale/Direzione Centrale Salute

Reti sanitarie	Provvedimento - data	Riconduzione Governo Reti Cliniche ARCS				
		SOC Coordinamento regionale malattie rare CMR	SOC Coordinamento Oncologico Regionale COR	SOC Coordinamento Reti Cliniche CRC		
				Emergenza urgenza e Reti tempo dipendenti *DGR 2039 16/10/2015 CSR/2017 DM 70/2015 punto 8.1 all.1	Insuff. d'organo e trapianti DGR 594 28/03/2014	Reti medicine specialistiche DM 70/2015
Rete delle malattie rare della regione Friuli Venezia Giulia	DGR 2228 22/09/2006 DGR 1968 21/10/2016 DGR 1002 01/06/2017	X				
Rete delle malattie neuromuscolari e sclerosi laterale amiotrofica	DGR 817 03/05/2017	X				
Rete per le gravi cerebro-lesioni acquisite (Rete CGA FVG)	DGR 1309 25/07/2012					X
Rete per i disturbi del comportamento alimentare	Decreto ASAO-DCS- 1200 10/12/2013					X
Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera fegato	DGR 2533 18/12/2014				X	
Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera rene	DGR 1539 31/07/2015				X	
Rete per la gestione del paziente con ictus	DGR 2198 20/11/2014			X		
Rete per l'assistenza al paziente con malattia reumatica	DGR 302 20/02/2015					X
Rete emergenze cardiologiche	DGR 735 21/04/2017			X		
Rete gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera cuore					X	
Rete insufficienza cardiaca cronica						X
Rete infettivologica	DGR 1523 10/08/2018					X
Rete pediatria (RPR)	DGR 730 21/03/2018	X	X	X	X	X
Rete per le cure palliative Rete per la terapia del dolore	DGR 165 05/02/2016	X	X	X	X	X
Rete Oncologica Regionale **	DGR 2049 29.11.2019		X			
Rete Senologica Regionale (RSR FVG) **	DGR 2139 12.12.2019		X			
Rete Diabetologica **	DGR 2195 20.12.2019					X



**DECRETO
DEL DIRETTORE GENERALE**

dott. Giuseppe Tonutti
nominato con deliberazione della Giunta Regionale n° 2269 del 27.12.2019

coadiuvato per l'espressione dei pareri di competenza:
dal Direttore amministrativo dott.ssa Elena Cussigh nominato con decreto n. 133 del 21/05/2020
e dal Direttore sanitario dott. Maurizio Andreotti nominato con decreto n. 15 del 15/01/2020

N. 234

DEL 29/10/2020

AVENTE AD OGGETTO:

ISTITUZIONE DELLA CABINA DI REGIA ARCS – Modello per la gestione delle reti cliniche di patologia.

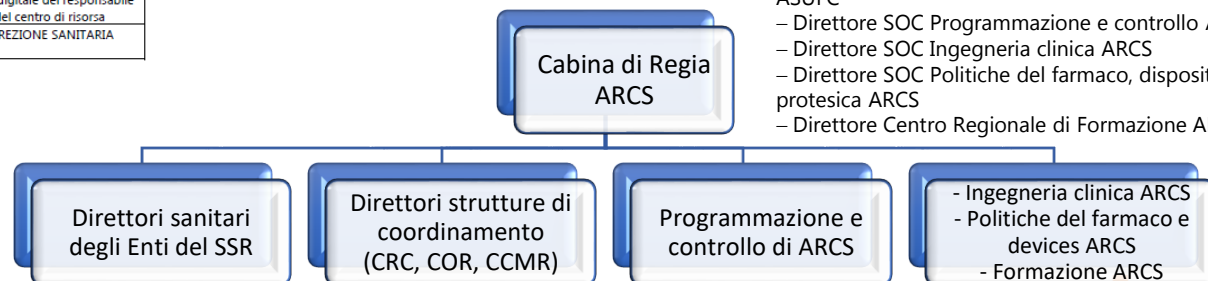
Preso atto delle seguenti attestazioni di legittimità e di regolarità tecnica e amministrativa:

Visto digitale del responsabile del procedimento	Visto digitale del responsabile di struttura	Visto digitale del responsabile del centro di risorsa
DIREZIONE SANITARIA Maurizio Andreotti	DIREZIONE SANITARIA Maurizio Andreotti	DIREZIONE SANITARIA

A livello di **Cabina di Regia** è assicurata l'alta strategia d'insieme che si caratterizza per:

1. raccordo con le linee annuali per la gestione del SSR;
2. definizione delle regole comuni;
3. condivisione del Piano formativo trasversale;
4. proposta di piano investimenti;
5. richieste di valutazioni tramite Health Technology Assessment;
6. valutazione e approvazione dei piani annuali di ogni macro-area.

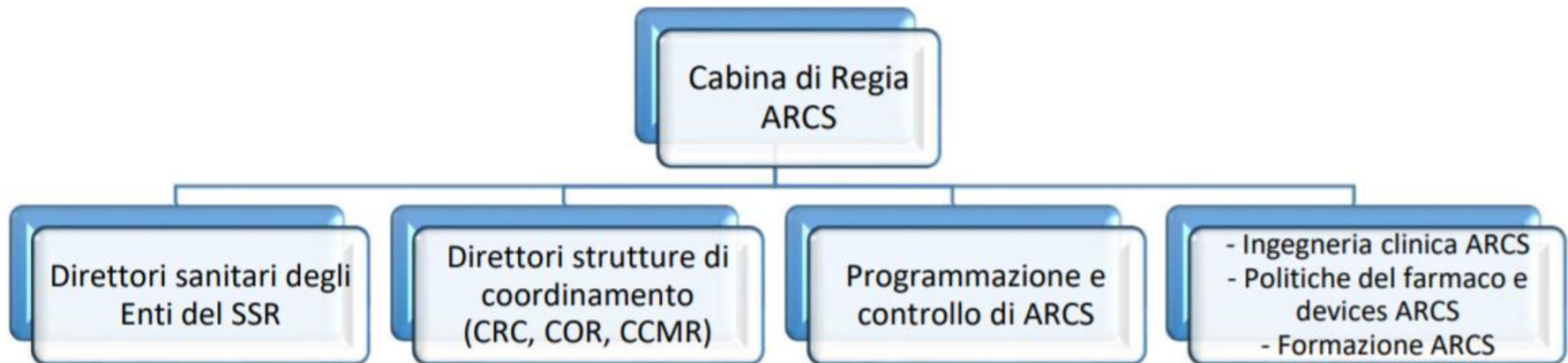
- Direttore sanitario di ARCS coordinatore
- Direttore sanitario ASUFC
- Direttore sanitario ASUGI
- Direttore sanitario ASFO
- Direttore sanitario IRCCS Burlo Garofolo
- Direttore sanitario IRCCS CRO Aviano
- Direttore SOC Coordinamento Reti Cliniche ARCS
- Direttore SOC Coordinamento Oncologico Regionale ARCS
- Direttore SOC Coordinamento regionale Malattie Rare ASUFC
- Direttore SOC Programmazione e controllo ARCS
- Direttore SOC Ingegneria clinica ARCS
- Direttore SOC Politiche del farmaco, dispositivi medici e protesica ARCS
- Direttore Centro Regionale di Formazione ARCS



La Cabina di Regia

ARCS costituisce e coordina la Cabina di Regia, che ha il compito di tradurre in atti di programmazione gli indirizzi politici e di coordinare le componenti cliniche, organizzative e tecnologiche. Attraverso la Programmazione e Controllo di ARCS viene garantita la gestione del cruscotto direzionale e il monitoraggio degli indicatori e degli esiti che alimentano i flussi informativi regionale e nazionali.

La Cabina di Regia è coordinata dal Direttore sanitario di ARCS ed è composta dai Direttori sanitari degli Enti SSR, dai Direttori delle tre strutture di coordinamento (CRC, COR e CCMR), dalla Programmazione e controllo, Ingegneria clinica, Politiche del farmaco, dispositivi medici e protesica e Centro Regionale di Formazione di ARCS.



Le reti sono funzionali al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza, garantendo al paziente percorsi agili e flessibili di integrazione delle attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e fine vita, tramite la presa in carico (responsabilizzazione)



Un PDTA favorisce l'integrazione fra gli operatori, riduce la variabilità clinica, diffonde la EBM-EBN ed i concetti relativi all'utilizzo congruo delle risorse e alla valutazione dei processi e degli esiti, mediante indicatori, attivando il percorso virtuoso della qualità.

Ruolo dei professionisti della Regione

- Vengono chiamati a comporre le Reti di Patologia
- Scrivono i PDTA, utilizzando anche le LLG di riferimento
- Identificano gli strumenti (informatici, tecnologici, terapeutici,) necessari al *disease management* (HTA)
- Identificano gli indicatori che verranno tradotti negli obiettivi delle linee di gestione
- Sono chiamati a implementare, assieme agli altri professionisti individuati, il percorso di cura
- Sono i responsabili della diffusione delle conoscenze specifiche a livello aziendale
- Concorrono a raggiungere gli obiettivi specifici



Strumenti di governo

Di processo

Sistema informatico

Telemedicina

Formazione

Health technology Assessment

Audit clinico

Di monitoraggio

indicatori di presa in carico specifici di Rete

utilizzo di Visual Analytics con link dal Sito ARCS

configurazioni sistemi clinici

competenze dedicate
(*Convenzione Dipartimento Statistica UNIUD - ASUFC*)

I Nuclei funzionali aziendali

Ogni Ente del SSR costituisce e formalizza il Nucleo funzionale aziendale, formato dai professionisti di riferimento con il compito di rendere e mantenere operativi nei termini clinico-assistenziali e tecnologico-organizzativi i contenuti dei documenti prodotti (PDTA, Linee di indirizzo, ecc).

Il nucleo funzionale aziendale deve essere pertanto costituito da figure sanitarie multiprofessionali e multidisciplinari e da professionisti con competenze direzionali trasversali. La composizione del nucleo funzionale aziendale è quindi variabile in funzione delle competenze richieste dallo specifico percorso clinico assistenziale da implementare.

Per la parte direzionale, organizzativa e tecnologica il nucleo funzionale aziendale dovrà prevedere la presenza di:

- Direzione Medica Ospedaliera e Distrettuale;
- Direzione delle Professioni Sanitarie;
- Programmazione e controllo;
- Formazione;
- Servizi tecnici/informativi.

Gli Enti del SSR tengono aggiornato l'elenco dei componenti del proprio nucleo funzionale aziendale e ne comunicano ogni variazione alla struttura di coordinamento di riferimento che provvede all'aggiornamento dei nominativi sulla sezione del sito web dedicata alle reti cliniche.

ARCS garantisce, in ottemperanza alla delibera 2195/2019, il percorso formativo necessario alla condivisione del modello e degli obiettivi comuni.

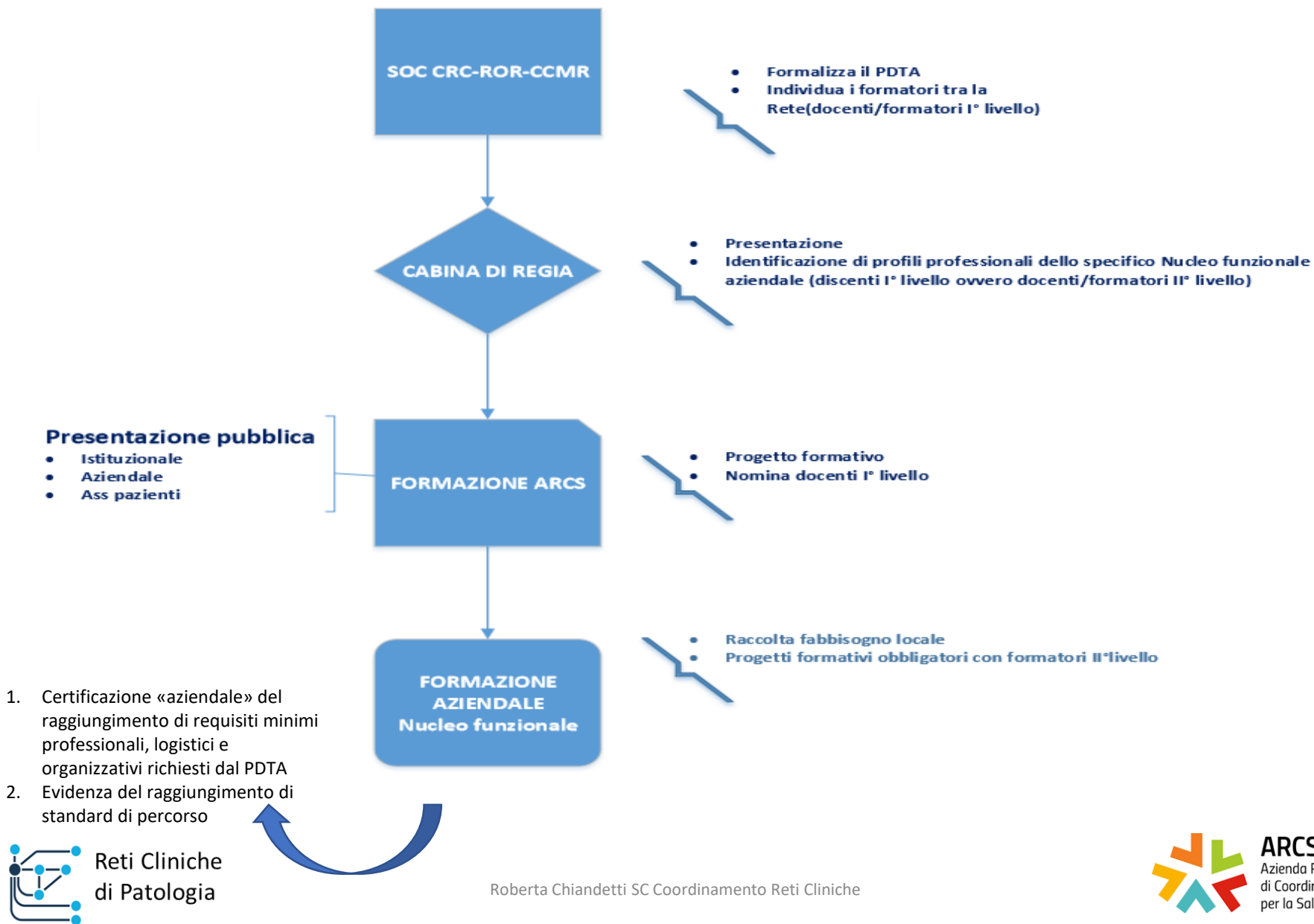
I *link professional*

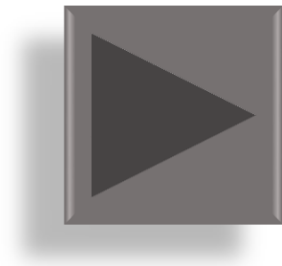
La parte “variabile” è costituita da professionisti dalle specifiche competenze clinico assistenziali coerenti ai mandati di implementazione dei documenti di indirizzo che verranno proposti di volta in volta e che va ad affiancarsi integrando i suddetti componenti trasversali del nucleo funzionale.

Questi professionisti rappresentano i *link professional* (LP, professionisti di riferimento) che convivono nelle strutture sanitarie e che gestiscono l'attività sui pazienti. Il loro ruolo è quello di promuovere i PDTA specifici per patologia, le linee di indirizzo e le buone pratiche delle diverse reti cliniche all'interno della propria Azienda, favorendo il miglioramento delle conoscenze teoriche e pratiche dei singoli operatori e delle singole strutture.

Gli Enti del SSR tengono aggiornato l'elenco dei componenti del proprio nucleo funzionale aziendale e dei *link professional* coinvolti relativamente ai diversi ambiti di interesse e ne comunicano tempestivamente ogni variazione alla cabina di regia che provvede all'aggiornamento dei nominativi sulla sezione del sito web dedicata alle reti cliniche.

Schema generale di implementazione per i PDTA





Reti

Ogni rete o filiera è coordinata da un coordinatore nominato dalla Cabina di regia su proposta del Direttore della Struttura di Coordinamento afferente. Per ogni rete o filiera viene individuato un gruppo di coordinamento multi-professionale e multidisciplinare, funzionale al mandato.

Obiettivi comuni e generali alle diverse reti:

1. migliorare la capacità di presa in carico del cittadino per il suo bisogno di salute e la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali sul territorio regionale per l'età adulta, pediatrica e neonatale;
2. garantire la continuità assistenziale e l'integrazione operativa tra servizi territoriali e strutture ospedaliere, ottimizzando al massimo tempi e modalità di intervento con l'applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici assistenziali e riabilitativi condivisi su tutto il territorio regionale;
3. favorire l'integrazione interprofessionale e diffondere le buone pratiche cliniche;
4. definire criteri di appropriatezza del *setting* assistenziale in relazione alle prestazioni erogate con la centralizzazione dei pazienti negli ospedali HUB ("il paziente giusto, nel posto giusto, nel tempo giusto");
5. valutare l'appropriatezza organizzativa, dei trattamenti, degli esiti delle cure, dei livelli di qualità erogati dai nodi delle reti e della qualità percepita dai cittadini;
6. effettuare le valutazioni di performance dei servizi offerti e di costo/efficacia;
7. garantire la sicurezza delle cure indicando standard strutturali e qualitativi, l'efficacia e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse e la qualità delle prestazioni erogate in base al principio del rispetto dei volumi minimi di casistica da trattare;
8. perseguire l'innovazione clinico-professionale e organizzativo-gestionale valorizzando le professionalità del sistema e la collaborazione con le altre istituzioni di ricerca;
9. contribuire a riqualificare l'offerta sanitaria per rendere più efficace la spesa sanitaria e sociosanitaria e assicurare la sostenibilità del Servizio sanitario regionale;
10. favorire l'acquisizione di competenze professionali adeguate alla gestione del paziente nei diversi livelli di cura e assistenza, da parte degli operatori coinvolti ai vari livelli, attraverso l'attuazione di iniziative formative comuni su tutto il territorio regionale;
11. proporre strumenti informativi comuni per consentire il lavoro in rete e il collegamento tra le strutture regionali;
12. assicurare i flussi informativi regionali e nazionali.

Nel dettaglio il Coordinamento della rete/filiera garantisce:

- la produzione dei PDTA per le varie patologie di pertinenza;
- la progettazione, il monitoraggio e l'aggiornamento continuo dei documenti clinici di indirizzo;
- l'analisi e il monitoraggio dei tempi d'attesa delle singole prestazioni;
- la ricognizione delle competenze presenti in regione nelle attività di pertinenza e la collaborazione allo sviluppo di un piano formativo regionale;
- il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti.



Reti Cliniche
di Patologia

Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali

1. Il Committente

La costruzione di un PDTA nasce dalla volontà del **committente**, che è il soggetto che assume la responsabilità e definisce la modalità con cui intende recepire il PDTA da attuare. In linea generale questa figura dovrebbe coincidere con la massima funzione gestionale. Può corrispondere alla Regione, alla Direzione Generale Aziendale, alla Direzione Sanitaria di Presidio o Direzione di Distretto, ecc. Il committente individua il soggetto che sarà **responsabile** dell'implementazione e che coordinerà il gruppo di lavoro durante la sua implementazione.



2. Formazione del Gruppo di lavoro

E' un gruppo costituito specificamente per sviluppare il PDTA identificato. È un gruppo i cui membri sono **competenti**, ciascuno per la propria disciplina, rispetto al processo di **diagnosi, cura e assistenza** della patologia prescelta, motivati e in grado di motivare gli altri operatori (il coinvolgimento di tutte le competenze professionali è indispensabile per assicurare il consenso locale su un PDTA, rendendone possibile l'applicazione). Caratteristiche essenziali del gruppo di lavoro sono la **multidisciplinarietà** e la multi professionalità, sono ammesse non solo le categorie di operatori sanitari, ma anche quelle amministrativo-organizzative che possono essere necessarie a sviluppare uno specifico PDTA.

3. Scelta del problema

Il primo passo per la costruzione di un PDTA è senza dubbio la **scelta del problema**, che deve basarsi sull'analisi dei **bisogni**, analisi che deve essere contestualizzata in ogni realtà organizzativa. Deve basarsi su **criteri di priorità** che possono essere:

- Variabilità e disomogeneità delle prestazioni;
- Prevalenza, incidenza e mortalità di una patologia;
 - Presenza di linee guida di buona qualità;
- Impatto economico e organizzativo della problematica;

In questa fase risulta utilissima anche la **revisione** dell'esistente che è mirata alla descrizione ed alla rappresentazione di quanto effettivamente succede ad un "**paziente tipo**" nel suo percorso di diagnosi e/o di terapia e/o assistenza nella specifica organizzazione aziendale/regionale ("percorso effettivo"). Individuando punti di debolezza e miglioramento, fornendo così una base documentata da cui partire e confrontare i risultati ottenuti.

4. Revisione e valutazione della letteratura

In parallelo alla costruzione del percorso effettivo, devono essere ricercate le **fonti** di letteratura/EBM/EBN e le linee guida, relative al problema individuato, con lo scopo di definire le migliori pratiche professionali e gestionali e disegnare un “**percorso ideale**” che serva da riferimento e confronto per valutare i punti critici del percorso effettivo.

Fra tutte le linee guida trovate ovviamente bisogna stabilire quali siano quelle più affidabili e pertinenti effettuando una accurata valutazione critica utilizzando gli strumenti che la rete ci mette a disposizione come l'AGREE che ci permette di capire se la linea guida è stata compilata con rigore o meno. Bisogna valutare anche la data di uscita dalla linea guida per evitare l'utilizzo di linee guida obsolete.

Mappatura del percorso

1. Pazienti da includere/escludere nel percorso
2. Criteri ingresso (IN) e uscita (OUT) del paziente dal percorso
3. Bisogni (dati epidemiologici e di attività legati alla patologia/condizione clinica scelta)
4. Domanda espressa e domanda latente
5. Offerta, condizionata da:
 - «Risorse» dell'organizzazione
 - Accordi collaborativi interaziendali
 -

Sviluppo del PDTA

Fasi

- 1. Definizione priorità** (area d'interesse, esiti desiderabili e criteri di eleggibilità, gruppo omogeneo di pazienti. L'area d'interesse è di solito focalizzata a malattie ad alto costo e alta prevalenza e dipende dalla disponibilità di terapie multiple e di pattern di trattamento eterogenei);
- 2. Costituzione del gruppo di lavoro:** deve essere multidisciplinare bisogna tenere conto anche della multi-professionalità. *(i clinici possono essere la più forte barriera all'espansione dei PDTA.....);*
- 3. Mappatura del percorso;**
- 4. Elaborazione e stesura del Percorso Assistenziale;**
- 5. Disseminazione, Implementazione**



Valutazione e monitoraggio

(GIMBE)

5. Adattamento delle linee guida

Al fine di arrivare a uno **standard** applicabile occorre che il gruppo di lavoro declini i contenuti delle linee guida al contesto locale questo è necessario affinché la pratica giornaliera si rispecchi nelle **raccomandazioni** e nelle **evidenze** fornite. Un PDTA *deve* definire per ogni fase del processo assistenziale non solo il “*cosa*” ma anche:

- “**chi**”: i professionisti responsabili;
- “**dove**”: i vari contesti in cui va applicato;
- “**quando**”: le tempistiche cliniche da rispettare;
- “**come**”: la descrizione delle procedure specifiche

Dopo aver definito la successione spazio temporale delle operazioni necessarie e realizzabili, vengono eliminate le azioni ritenute superflue o ripetitive con l’obiettivo di ottenere un PDTA che raggiunga il miglior risultato, ottimizzando il tempo necessario e le risorse necessarie utilizzando ovviamente le migliori evidenze a disposizione.

In questa stessa fase può essere consigliabile stabilire i **tempi** e le modalità di **aggiornamento** del PDTA in modo da basare la pratica clinica sulle evidenze scientifiche più aggiornate. Bisognerà effettuare a intervalli regolari una revisione della letteratura di riferimento, e l’implementazione delle nuove evidenze nel PDTA.

6. Applicazione e valutazione del PDTA

L'applicazione del PDTA consiste nell'estenderlo all'intera organizzazione attraverso adeguate strategie di **implementazione**.

Insieme all'applicazione bisognerà stabilire dei momenti di **verifica** nella quale si valuteranno i risultati ottenuti e le eventuali modifiche in relazione.

7. Gestione e diffusione del PDTA

Il documento che **descrive** il PDTA dovrà riportare degli elementi considerati minimi per l'identificazione e la gestione, e sono:

- denominazione dell'azienda ospedaliera, il dipartimento e dell'unità operativa;
- titolo del documento;
- numero di revisione con la data dell'ultima revisione;
- numero totale di pagine;
- ambito in cui si applica il PDTA;
- gruppo di lavoro e altri professionisti che hanno partecipato alla redazione;
- data e firma di approvazione da parte della massima funzione gestionale "committente".

Per la **diffusione** del PDTA dovranno, infine, essere utilizzati gli strumenti di comunicazione aziendali che possono essere interni o esterni in base alla scala di diffusione prevista (Sito internet della struttura, corsi di aggiornamento ecc).



Monitoraggio reti cliniche

In attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2018 [\(PDF\)](#) sul documento recante Linee guida per la revisione delle Reti cliniche – Le Reti Tempo – Dipendenti e l'Accordo Stato-Regioni del 17 aprile 2019 sul documento Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica [\(LINK\)](#), che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, sono state avviate le indagini nazionali on line per il monitoraggio e la valutazione rispettivamente delle Reti cliniche tempo dipendenti e delle Reti Oncologiche Regionali. Per tali rilevazioni è utilizzato, quale strumento condiviso, la **griglia di rilevazione e valutazione** disponibile sul portale istituzionale di AGENAS - Area servizi on line: <http://servizi.agenas.it/>

Manuale Operativo per il monitoraggio delle Reti cliniche Tempo Dipendenti in corso di validazione

Nel primo semestre 2019 è stato condiviso con il Ministero della Salute il Manuale operativo per il monitoraggio delle Reti Cliniche tempo-dipendenti, punto 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2018.

- [Indagine Nazionale per il Monitoraggio delle Reti Cliniche tempo dipendenti \(PDF\)](#)
- [Indagine Nazionale per il Monitoraggio delle Reti Oncologiche \(PDF\)](#)
- [Reti tempo-dipendenti - Rapporto 2021 \(PDF\)](#)



CONDIVIDI

Organizzazione servizi ospedalieri e territoriali - RETI

[Monitoraggio Reti cliniche](#)[Reti oncologiche](#)[Rete nazionale Tumori rari](#)



Indice Sintetico per ognuna delle 3 aree tematiche - Anno 2020

STRUTTURA DI BASE	MECCANISMI OPERATIVI E PROCESSI SOCIALI	RISULTATI



REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA - RETE ICTUS

PUNTI DI FORZA

Struttura di base: La Rete è stata formalizzata con la DGR 2198 del 20/11/2014 ed è stata definita la gerarchia decisionale ed operativa della governance regionale rispetto alle articolazioni operative aziendali. La Rete è aderente ai requisiti del DM/70 ed è stato formalizzato il modello organizzativo di riferimento. La definizione della rete è supportata dal quadro epidemiologico e dall'analisi dei fabbisogni ed è stato individuato il sistema informativo di livello regionale finalizzato agli aspetti programmatori e di monitoraggio. Sono stati formalizzati e attuati i protocolli di integrazione operativa sia di livello regionale che locale e le modalità di integrazione delle informazioni/comunicazioni tra attività ospedaliere e attività territoriali sanitarie, socio-sanitarie, mediante i PDTA aziendali. Le strutture coinvolte nella Rete possiedono i requisiti di autorizzazione e accreditamento istituzionale previsti dalla normativa nazionale/regionale. È stata definita la dotazione tecnologica.

Meccanismi operativi: Sono stati definiti e applicati i criteri per la presa in carico dei pazienti che accedono alla Rete. È documentata la programmazione all'accesso alle cure domiciliari secondo valutazioni condivise dai diversi professionisti coinvolti con i pazienti e i familiari. Sono presenti, condivise ed attive le procedure di consultazione multidisciplinare per le principali patologie. Sono state individuate le condizioni clinico organizzative complesse che richiedono la presenza di un tutor. Per i PDTA regionali individuati sono indicati: i criteri che ne hanno determinato la scelta, il Model pathway e le Linee guida di riferimento, le flow chart del percorso, la descrizione, per ciascuna fase di percorso, delle categorie assistenziali principali con la specificazione delle professionalità che devono sviluppare le diverse attività, gli indicatori di processo, di volume e di esito clinico con i relativi standard di riferimento. Sono stati definiti e applicati programmi di dimissione ospedaliera protetta e/o assistita per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post-acuta e per i pazienti terminali e vi è evidenza della definizione di protocolli condivisi per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i trasferimenti interni alla rete o delle dimissioni in ambiente ospedaliero e territoriale. I PAI sono definiti e applicati con la condivisione dei professionisti ospedalieri e territoriali. È previsto un sistema formalizzato di monitoraggio e valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni/servizi erogati nonché dei meccanismi di integrazione/continuità assistenziale della Rete. È documentata la partecipazione a sistemi di monitoraggio nazionale delle reti.

PUNTI DI DEBOLEZZA

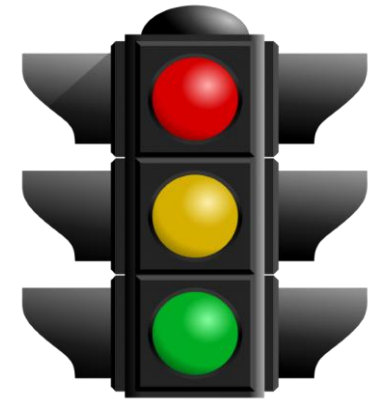
Struttura di base: Il Piano di Rete non è stato adottato formalmente. Non è stata definita la dotazione organica del personale di tutti i nodi della rete. La Regione non ha formalizzato un finanziamento ad hoc con relative modalità di tracciabilità.

Meccanismi operativi: Nel Piano di Rete sono in parte individuati i principali PDTA regionali, in quanto la rete revisiona la letteratura per implementare specifici PDTA. Non è presente un programma di peer review annuale interdisciplinare/interprofessionale per la valutazione del grado di applicazione del PDTA, ma sono previsti audit aziendali sull'implementazione del PDTA. Non vi è evidenza della presenza di rapporti inter-regionali e inter-istituzionali nell'ambito dei PDTA. Il Piano di Rete prevede in parte lo sviluppo di programmi di formazione di livello regionale svolti in modalità integrata per gli operatori della rete che comprendano il potenziamento delle competenze ed abilità di organizzazione e gestione, in quanto la formazione è gestita direttamente all'interno della Rete.

Processi sociali: È in parte prevista una valutazione periodica dell'integrazione dei servizi e dei PDTA dal punto di vista dei professionisti, in quanto non è formalizzata.

Risultati: I dati di processo ed esito rilevati dai sistemi di monitoraggio della qualità dell'assistenza e del benessere dei professionisti sono portati in parte a conoscenza e discussi con gli operatori con cadenza periodica e sono individuate in parte le possibili aree di criticità e relative azioni di miglioramento, che vengono in parte monitorate nel tempo. Non viene monitorata la mobilità interregionale. Vengono in parte descritte le modalità con cui sono resi pubblici i dati/informazioni relativi a: attività della rete, qualità percepita, umanizzazione dell'assistenza, azioni di miglioramento e coinvolgimento delle associazioni di pazienti e/o cittadini.

Con l'adozione del documento "Modello per la gestione delle reti cliniche di patologia" (Decreto ARCS n. 209/2020) la regione ha iniziato a definire il modello di governance regionale delle reti di patologia, finalizzato alla progettazione di PDTA omogenei e prevedendo: l'attivazione di una Cabina di regia che avrà il ruolo di tradurre in atti di programmazione gli indirizzi di politica sanitaria, l'adozione di piani di rete a valenza strategico organizzativa, la progettazione di percorsi di formazione trasversali per favorire l'implementazione dei PDTA, il sistema di monitoraggio delle attività e degli indicatori di processo e esito, l'aggiornamento e la revisione dei documenti prodotti.



Il Piano di rete

• **Struttura di base**

- dotazione organica del personale di tutti i nodi della rete.
- risorse necessarie-modalità di tracciabilità
-

• **Meccanismi operativi**

- programma di peer review annuale interdisciplinare/ interprofessionale per la valutazione del grado di applicazione del PDTA
- presenza di rapporti inter-regionali e inter-istituzionali nell'ambito dei PDTA

- **Processi sociali:** valutazione periodica dell'integrazione dei servizi e dei PDTA dal punto di vista dei professionisti

- **Risultati-monitoraggio**indicatori misurabili

Indicatori NSG monitoraggio PDTA

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>

Gli indicatori No Core (1/3)

AREA OSPEDALIERA

H03C - Intervento di resezione
H06Z - Ricovero diurno
H07ZC - Ricoveri Day Hospital
H08Zb - Autosufficienza di emoderivati
H09Za - Donatori di organi in morte encefalica
H09Zb - Accertamenti di morte con criteri neurologici
H09Zc - Morti encefaliche / decessi per cerebrolesione
H10Za - N° pazienti in lista di attesa per trapianto
H10Zb - Tempo medio di attesa trapianto organo
H10Zc - N° dei pazienti trapiantati per organo
H11Za - N° donatori tessuti /n° morti con segni cardiaci o neurologici
H11Zb - N° donatori di tessuti /n° decessi in ospedale per Regione
H12C - % pazienti con ricovero ripetuto entro 30 gg con stessa MDC.
H14C - % ricoveri riabilitazione post-acuti inappropriati
H15S - Frequenza di embolie polmonari o DVT post-chirurgiche
H016S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche
H19S - % di parti fortemente pre-termine in punti nascita senza UTIN
H20S - Percentuale dei parti pretermine tardivi
H21S - N° punti nascita <500 parti/anno senza richiesta deroga alla chiusura
H22C - Mortalità a 30 gg dall'intervento di bypass aorto-coronarico
H23C - Mortalità a 30 gg dal primo ricovero per ictus ischemico
H24C - Mortalità a 30 gg dal ricovero x broncopneumopatia ostruttiva riacutizzata

AREA CONTESTO ED EQUITÀ

C001 - Buona salute percepita
C002 - Sovrappeso ed obesità nei bambini
C003 - Fragilità nell'anziano (>=65 anni)
C004 - Indice di cronicità
EO01 - Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzativa nell'offerta dei servizi e/o ragioni economiche

AREA PREVENZIONE

P03C - Copertura vaccinale anti-pneumococcica
P04C - Copertura vaccinale anti-meningococcica C
P05C - Copertura vaccinale anti-HPV
P06C - Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano
P07C - Denunce d'infortunio sul lavoro
P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nella fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)
P09Z - Copertura attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva
P11Z - Copertura attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti
P13Z - Copertura delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti
P16C - Proporzioni di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella



Gli indicatori No Core (2/3)

AREA DISTRETTUALE

- D01C** - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)
- D02C** - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico
- D05C** - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)
- D06C** - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni)
- D07Ca** - Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)
- D07Cb** - Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1.000 ab. minori 0-14 anni)
- D08C** - N° interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ) per anno
- D11Z** - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D
- D12C** - Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio
- D13C** - Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni
- D15C** - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi
- D16C** - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Inibitori di pompa.
- D17C** - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antiipertensivi
- D18C** - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Statine
- D19C** - Percentuale di donne che hanno effettuato più di quattro ecografie in gravidanza
- D20Z** - Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente
- D21Z** - Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione minore residente
- D23Z** - Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)
- D24C** - Numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute in rapporto al totale delle IVG
- D25C** - Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare
- D26C** - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne
- D28C** - Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente
- D29C** - Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti
- D31C** - Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore
- D32Z** - N° ricoveri Hospice con patologia oncologica, provenienti RO o da domicilio non assistito nei quali il periodo di ricovero in è ≤ a 7 gg sul N° ricoveri Hospice malati con patologia oncologica

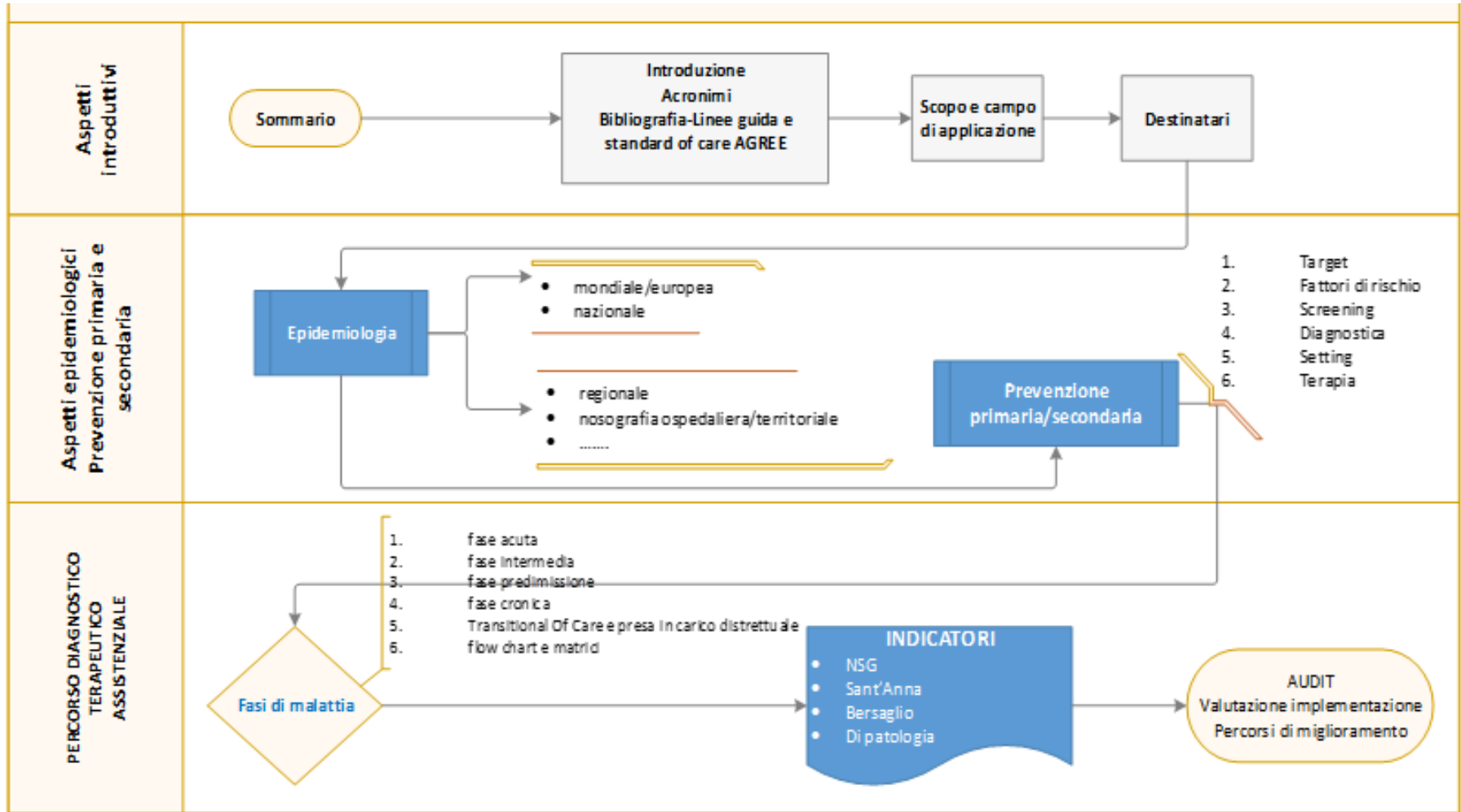
Gli indicatori No Core (3/3)



PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI - PDTA

Id.	Indicatore
PDTA01	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)
PDTA02	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)
PDTA03A	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)
PDTA03B	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)
PDTA04	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)
PDTA05	Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina, fondo oculare, come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Diabete)
PDTA06	Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempestività prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo il primo intervento chirurgico (PDTA Tumore operato della mammella nella donna)
PDTA07	Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)
PDTA08	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)
PDTA09	Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)
PDTA10	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)

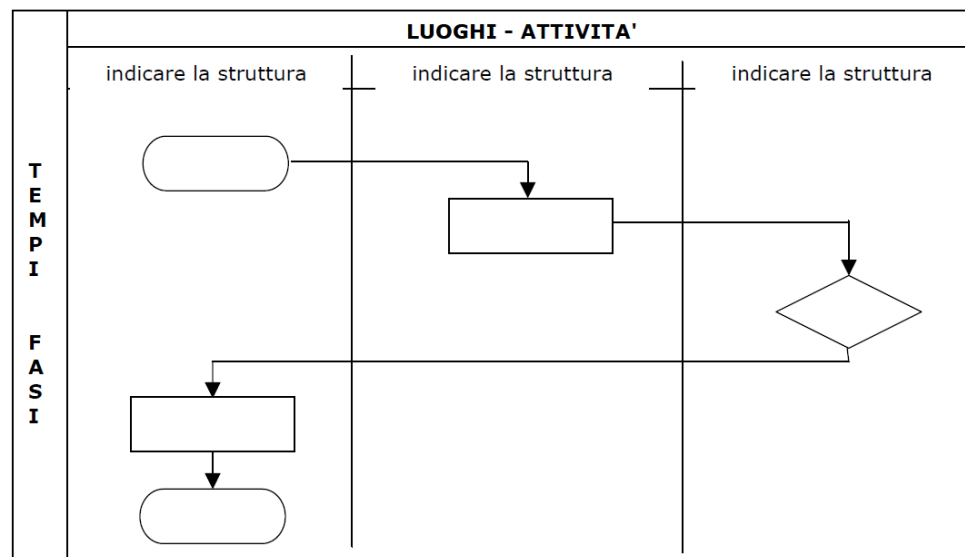
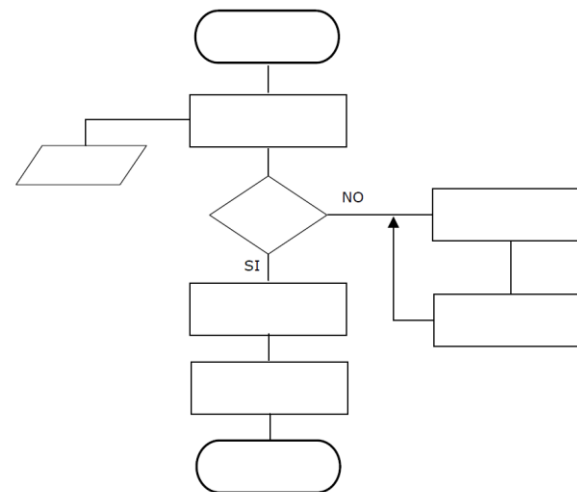
PDTA - la struttura




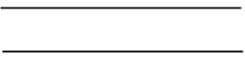




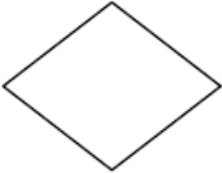
PDTA – Elementi

- Contenuti specifici sull'argomento clinico-assistenziale trattato, riferimento alle LLGG, evidenze cliniche ed epidemiologia utilizzate,
- Rappresentazioni grafiche del percorso (**diagrammi di flusso/flow chart**) che esemplificano e schematizzano il percorso del paziente descrivendo le fasi del percorso preso in esame (es. presa in carico/inquadramento clinico, trattamento/cura e follow-up, i setting clinico-assistenziali coinvolti e le principali attività/prestazioni che devono essere assicurate dai professionisti degli specifici setting.
- **Matrici** che riportano il dettaglio delle attività, i professionisti responsabili dell'erogazione della stessa, gli strumenti ed i tempi di intervento.
- **Indicatori** quali elementi utili al monitoraggio dei risultati attesi.

- **Flow chart**

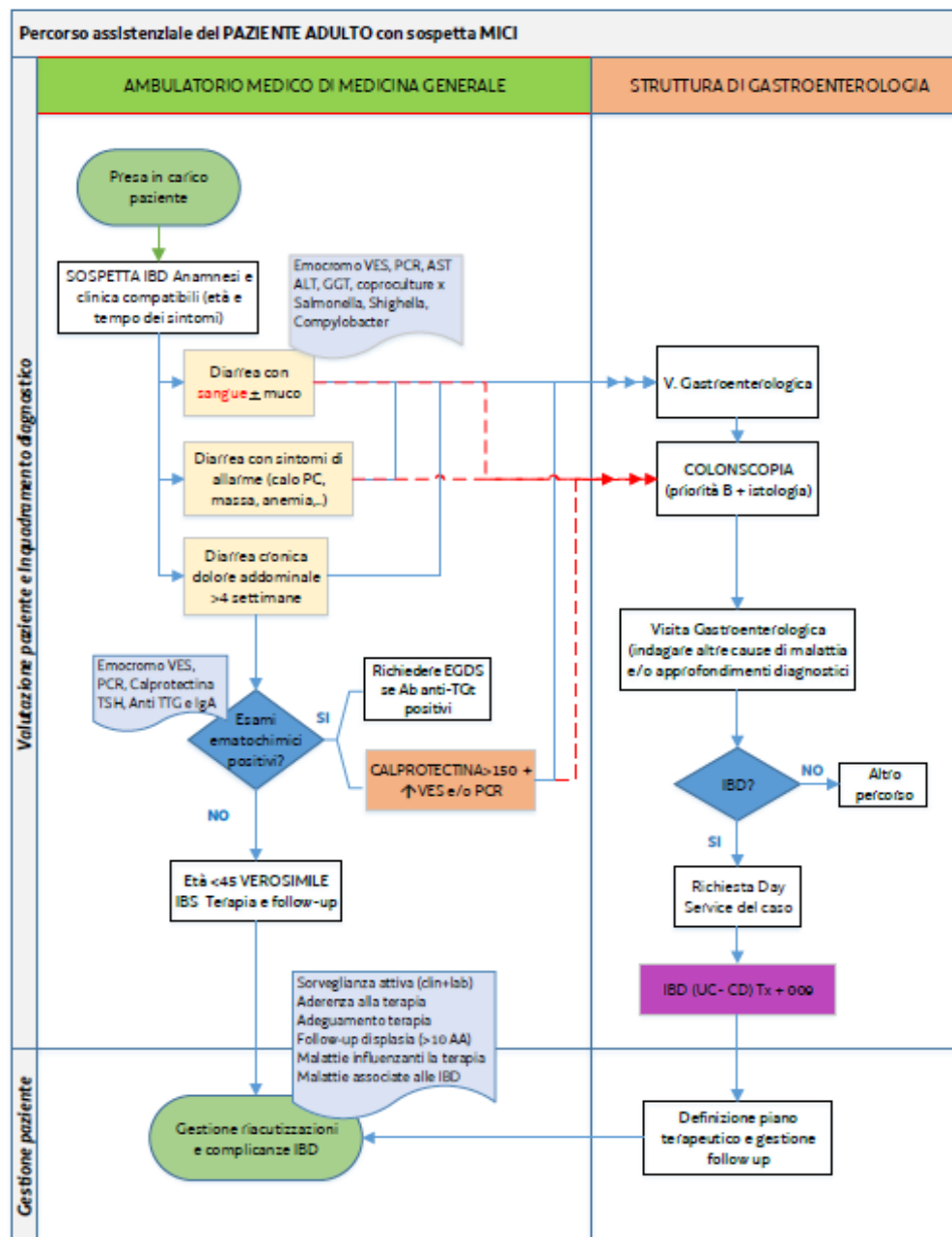


diagrammi di flusso

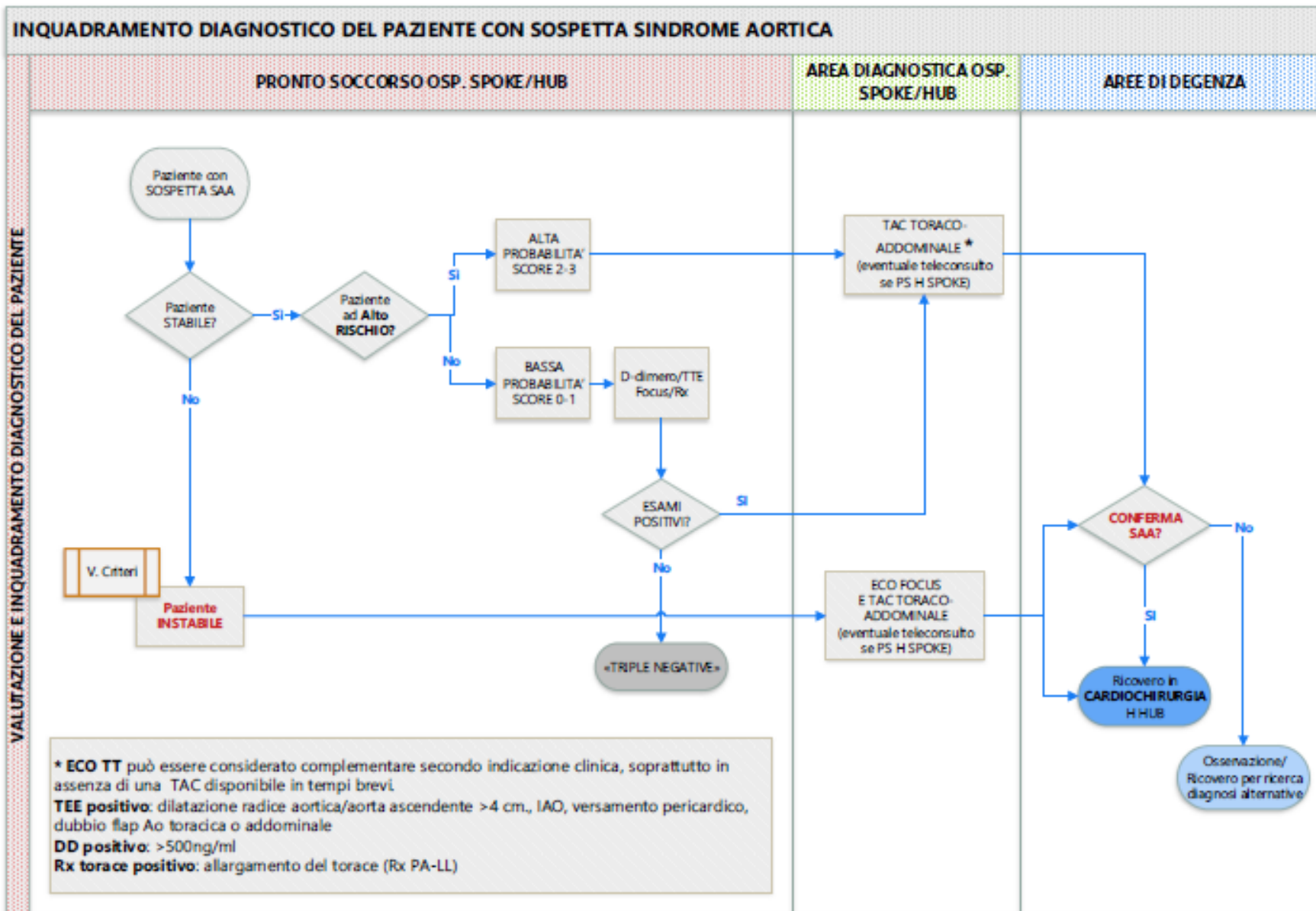
La linea rappresenta la direzione del ciclo processo	
La doppia linea che unisce due rettangoli indica la possibilità che due attività o processi possano svolgersi in parallelo	
La freccia indica il senso verso cui procede il lavoro	
L'ellisse può rappresentare: <ul style="list-style-type: none">➤ l'input, ciò che entra nel processo produttivo per essere lavorato o impiegato➤ l'output del processo medesimo	
La pergamena rappresenta un documento allegato	
Il rettangolo indica l'attività o l'insieme di attività se doppio rappresenta l'attività ed il suo attore	
Il rombo si utilizza quando c'è una decisione da assumere o una scelta da fare	

3.3 Flow-chart (1)

Percorso del paziente adulto con sospetta MICI



5.6 Flow-chart del percorso diagnostico del paziente con sospetta SAA



- **Matrici**

FASE DI PERCORSO: _____					
ATTIVITÀ/AZIONE	MEDICO	INFERMIERE	OTA/OSS/AUS	ALTRI	Necessità di competenze

Nel PDTA devono essere definiti

- **Who** - i **professionisti** responsabili
- **Where** - i diversi **setting** in cui viene erogato
- **When** - le **tempistiche** cliniche e organizzative
- **How** - la descrizione delle **procedure** operative



Cosa fa ARCS

Coordina la programmazione delle Aziende sanitarie e degli IRCCS, monitora il raggiungimento degli obiettivi e il consumo delle risorse

Coordina le reti cliniche, i programmi di sicurezza delle cure, le politiche relative a farmaci, dispositivi medici e protesica e attività connesse a sviluppo e utilizzo delle professioni sanitarie

Modello per la gestione delle reti cliniche di patologia

CRC- Coordinamento Reti Cliniche

CRMR- Coordinamento regionale
Malattie rare

Modello per la gestione delle reti cliniche di patologia



Pubblicato il
5/8/2020

Ultima modifica
3/5/2021

<https://arcs.sanita.fvg.it/it/cosa-fa-arcs/effettua-valutazioni-dimpatto-delle-innovazioni-e-delle-gestione-reti-cliniche/>



Reti Cliniche
di Patologia

Roberta Chiandetti SC Coordinamento Reti Cliniche



ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute

PDTA – perché adottarli?

La complessità di un sistema come quello sanitario può creare condizioni favorevoli alla variabilità, scarsa equità, difetti di congruità, scarsa integrazione dei processi di cura, condizioni che facilitano gli errori

Favorire l'integrazione fra gli operatori, ridurre la variabilità clinica, contribuire a diffondere la medicina basata sulle evidenze (EBM), utilizzare in modo congruo le risorse, valutare/misurare le prestazioni erogate (mediante indicatori) e rendere trasparenti i risultati anche all'esterno dell'organizzazione e tra organizzazioni (*Accountability / Benchmarking Management- Policy Decision Making*)

.... appropriatezza delle prestazioni, uniformità di trattamento per i pazienti, continuità assistenziale, miglioramento della qualità delle cure, ... ma anche sviluppo professionale e valorizzazione dell'expertise, ...

(Aress Piemonte, 2007)

PDTA – perché adottarli?

Presenza in carico

L'organizzazione si deve far carico di mettere nella giusta continuità spaziale e temporale tutte le fasi di cura e accompagnare il paziente nel suo percorso assistenziale.

Non è più sufficiente assicurare un'ottima prestazione, ma questa deve essere connessa con ciò che viene prima e ciò che viene dopo.

Continuità assistenziale

G. Tonutti – Asiago 2018

PDТА – perché adottarli?

PNC: Sistema di cure centrato sulla persona

Il **paziente “persona”** (e non più “caso clinico”), a sua volta esperto in quanto portatore del sapere legato alla sua storia di “co-esistenza” con la cronicità.

Cure primarie: sistema che integra, attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDТА), gli attori dell’assistenza primaria, della specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera e, in una prospettiva più ampia, anche le risorse della comunità (*welfare* di comunità).

La costruzione di **PDТА centrati sui pazienti** è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni “globali” e di costruzione di una relazione empatica tra il team assistenziale e la persona con cronicità ed i suoi *care giver* di riferimento

PDТА ha l’obiettivo di **eliminare la discontinuità tra i tre classici livelli assistenziali** (assistenza primaria, specialistica territoriale, degenza ospedaliera) dando origine a un *continuum* in rapporto all’obiettivo di salute prefissato.

PDTA - scopo

incrementare la qualità dell'assistenza percepita ed effettivamente erogata, migliorando gli *outcomes* e promuovendo la sicurezza del paziente attraverso l'utilizzo delle giuste risorse necessarie.

- chiara esplicitazione degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza basata sulle evidenze scientifiche
- devono facilitare le comunicazioni tra i membri del team, i *caregivers* e i pazienti
- devono coordinare il processo di assistenza tramite il coordinamento dei ruoli e l'attuazione delle attività dei team multidisciplinari d'assistenza
- Devono includere la documentazione, il monitoraggio e la valutazione degli *outcomes*
- Devono identificare le risorse necessarie all'attuazione del percorso

PDTA- scopo

- Garantire appropriatezza delle prestazioni, uniformità di trattamento per i pazienti, continuità assistenziale, miglioramento della qualità delle cure,... ma anche sviluppo professionale e valorizzazione dell'expertise,
- Rappresentare il miglior percorso praticabile nella specifica organizzazione.
- Garantire:
 - Efficienza (massima qualità al costo più basso), appropriatezza prestazioni
 - Riproducibilità dei processi
 - Uniformità delle prestazioni
 - Definizione dei ruoli, ri-orientamento delle responsabilità
 - Reciproca conoscenza, scambio informazioni
 - Riduzione eventi avversi
 - Possibilità di scelta degli investimenti

Buon lavoro !

