

Reti cliniche di patologia: 1° incontro di riconduzione
«Rete per la presa in carico dei pazienti con insufficienza cardiaca cronica»

2 febbraio 2022

Roberta Chiandetti

SC Coordinamento Reti Cliniche

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

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 SOCIOSANITARIO
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 SOCIOSANITARIO 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



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.....	3
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

**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

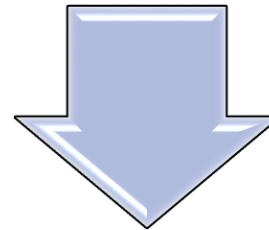
N. 209

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
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° 519/2014

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		
Rete per la terapia del dolore	DGR 165	05/02/2016
Rete odontoiatrica: programma regionale di odontoiatria sociale	DGR 1060 DGR 1681	10/06/2016 08/09/2017
Rete Cure Sicure FVG	DGR 1970	21/10/2016
Rete della medicina di laboratorio-Piano di riorganizzazione	DGR 599	31/03/2017
Rete emergenze cardiologiche		
Rete gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera cuore	DGR 735	21/04/2017
Rete insufficienza cardiaca cronica		
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>

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 pediatrica (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 Andreatti nominato con decreto n. 15 del 15/01/2020

N. 234

DEL 29/10/2020

AVENTE AD OGGETTO:

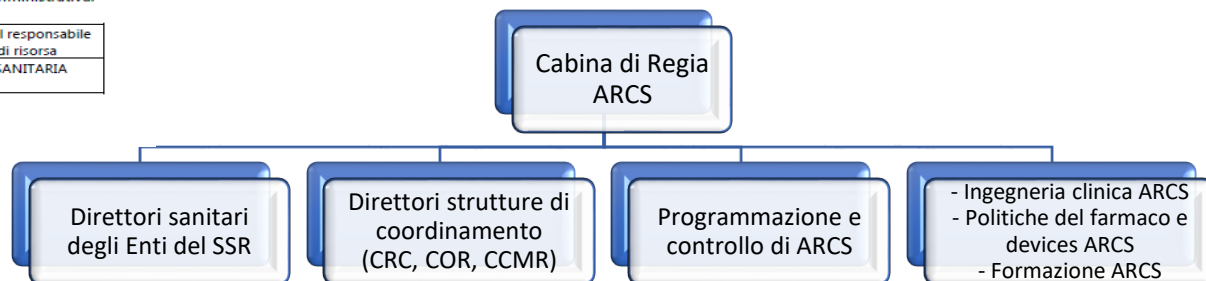
ISTITUZIONE DELLA CABINA DI REGIA ARCS – Modello per la gestione delle reti cliniche di patologia.

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 Andreatti	DIREZIONE SANITARIA Maurizio Andreatti	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.



ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 735 DEL 21 APRILE 2017



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. 214

DEL 22/12/2021

Reti per la presa in carico delle malattie cardiache

EMERGENZE CARDIOLOGICHE

GRAVI INSUFFICIENZE D'ORGANO E TRAPIANTI: FILIERA CUORE

INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA

AVENTE AD OGGETTO:

RETI PER LA PRESA IN CARICO DELLE MALATTIE CARDIACHE DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA - DGR N. 735 DEL 21 APRILE 2017 - AGGIORNAMENTO RETE E RICONDUZIONE AL MODELLO DI GOVERNO DELLE RETI CLINICHE ARCS

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
SC COORDINAMENTO RETI CLINICHE Roberta Chiandetti	SC COORDINAMENTO RETI CLINICHE Maurizio Andreatti	SC COORDINAMENTO RETI CLINICHE

Roberta Chiandetti SC C

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



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

1. ELEMENTI COMUNI DI RETE CLINICO-ASSISTENZIALE

1.1 Definizione di Rete clinico assistenziale

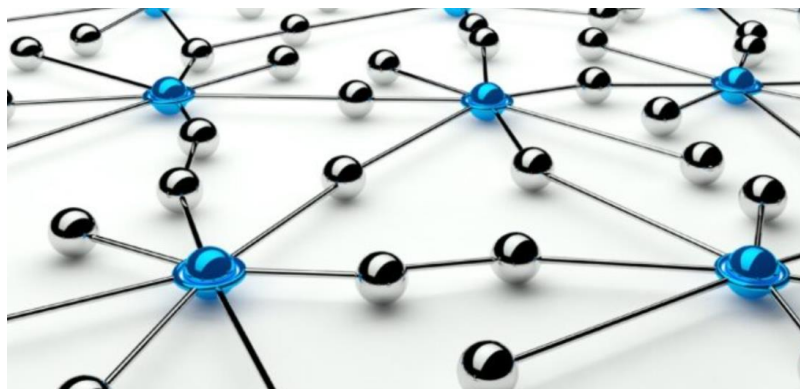
La Rete clinico-assistenziale è un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità 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.

Considerazioni generali sul tema integrazione, reti, processi

I concetti di integrazione, reti, processi rappresentano obiettivi ormai ineludibili delle innovazioni attuate in tutte le organizzazioni di produzione di beni e servizi.

Nel settore sanitario l'obiettivo è quello di **ridurre la frammentazione nell'erogazione dell'assistenza** attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte nell'assistenza dei pazienti con problemi complessi.

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

L'obiettivo è la costruzione di strumenti mirati alla gestione integrata e coordinata delle patologie da parte di tutti gli attori del sistema e dei diversi regimi assistenziali (domiciliare, ambulatoriale, residenziale, ospedaliero), mediante la **presa in carico dei bisogni del paziente, nelle diverse fasi di evoluzione della storia naturale della malattia**, rappresenta uno strumento concreto e praticabile di tutela e promozione dei soggetti fragili.

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 ...**

I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono strumenti di governo clinico che permettono di delineare, rispetto a una patologia o a un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione e della rete in cui essa è inserita:

- riproducibilità delle azioni;
- uniformità delle prestazioni erogate;
- riduzione dell'evento straordinario;
- scambio di informazioni;
- definizione dei ruoli.



1. costante verifica degli aggiornamenti e dei miglioramenti
2. indicatori ad alto contenuto informativo che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e aiutano a orientare le decisioni.

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

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



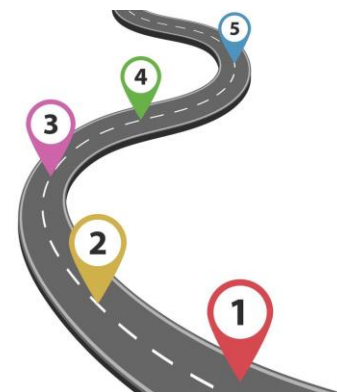
- ✓ Garantire appropriatezza delle prestazioni, uniformità di trattamento per i pazienti, continuità assistenziale, miglioramento della qualità delle cure,... ma anche sviluppo professionale e valorizzazione dell'expertise,
- ✓ Rappresentare il miglior percorso praticabile nella specifica organizzazione.

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

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).



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

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.

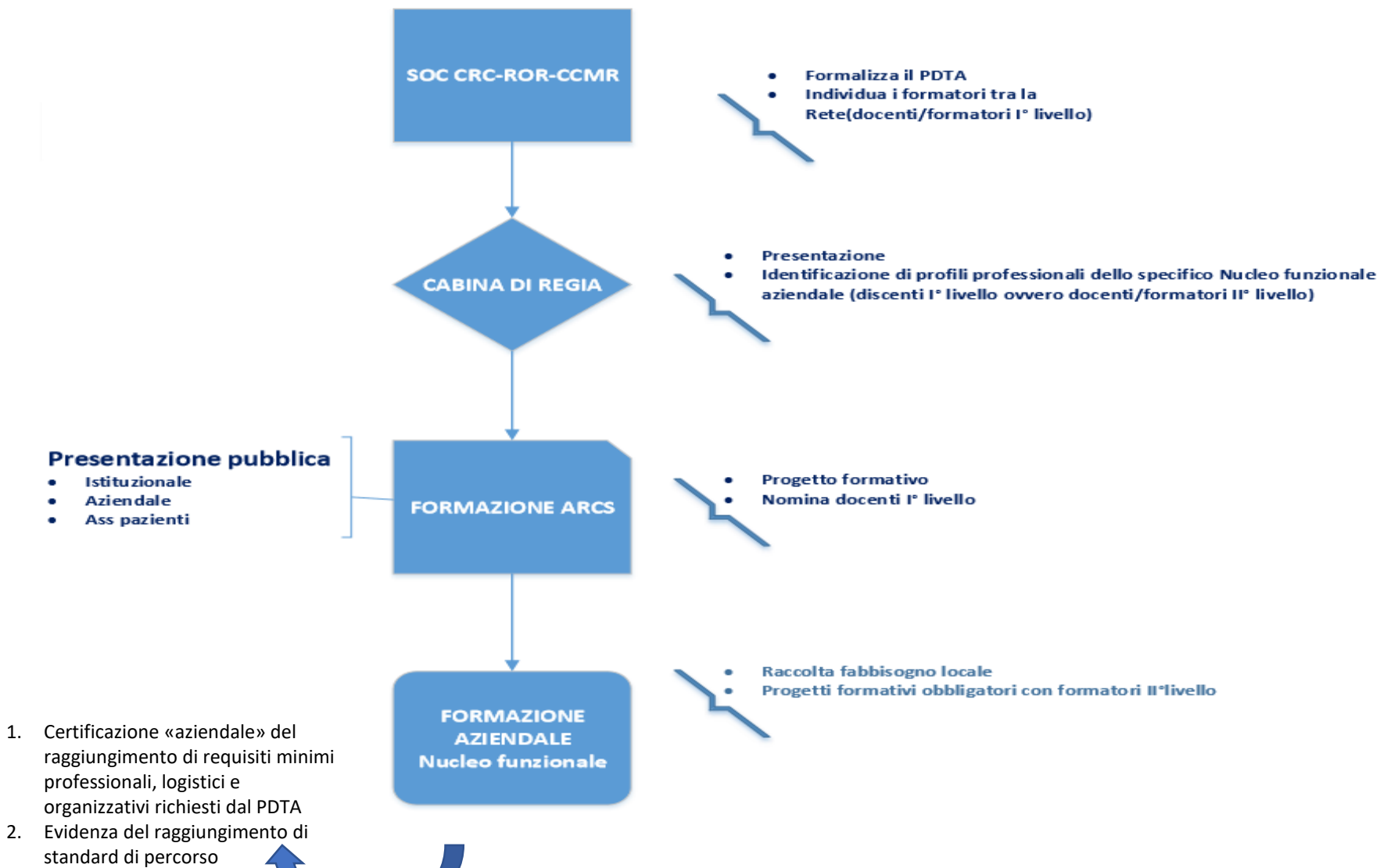
I *link professional*


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



	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE CENTRALE SALUTE, POLITICHE SOCIALI e DISABILITÀ	
tel + 39 040 377 5551 fax + 39 040 377 5523	salute@centregione.fvg.it salute@regione.fvg.it I - 34124 Trieste, riva Nazario Sauro 8

Decreto n° 1082/SPS del 19/06/2020
PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CANDIDATO AL TRAPIANTO DI CUORE

Il Direttore del Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera

Richiamato il Documento di indirizzo per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo dell'Accordo Conferenza Stato Regioni n 179 del 26 settembre 2012 che indica il modello hub & spoke quale riferimento per la costruzione delle reti di presa in carico dedicate per singole filiere d'organo;

Vista la Legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014 che, prevede l'attivazione delle reti di patologia, fra le quali al comma 3 sono espressamente indicate la Rete per le emergenze cardiologiche e la Rete per le insufficienze d'organo e trapianti;

Considerata la DGR n. 735 del 21 aprile, 2017, "LR 17/2014- Art. 39 Attivazione delle Reti per la presa in carico delle malattie cardiache – Emergenze cardiologiche, gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera cuore; insufficienza cardiaca cronica";

Rilevato che con le note n. 0021091/P del 15 dicembre 2017 e n. 0021330/P del 20 dicembre 2017 sono stati nominati i componenti del "Gruppo di coordinamento della Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera cuore", costituito dai professionisti esperti presenti in regione;

Tenuto conto che sul tema trapianto di cuore è stato attivato un tavolo tecnico composto da professionisti individuati nelle diverse aziende sanitarie che nel biennio 2018 - 2019 si sono confrontati, tenendo in considerazione buone pratiche, linee guida ed esperienze regionali ed extraregionali e hanno elaborato il documento "Percorso assistenziale del paziente candidato al trapianto di cuore";

Tenuto conto che il documento risulta attuale e fornisce indicazioni condivise per gli interventi previsti nei diversi setting, finalizzati alla riduzione della variabilità dei trattamenti e al miglioramento della qualità dell'assistenza e della presa in carico del paziente candidato al trapianto di cuore;

Valutato che la Legge regionale n. 70 del 5 dicembre 2019 "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006" ribadisce che le Strutture aziendali 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 sociosanitarie di tipologia e livelli diversi nel rispetto dell'appropriatezza clinica e organizzativa;

Valutato il parere favorevole espresso dai Direttori delle Strutture di Cardiologia delle varie Aziende sanitarie regionali coinvolti negli incontri di lavoro effettuati nel corso del 2019 per l'approvazione e validazione del documento;

Ritenuto, pertanto, di approvare il documento "Percorso assistenziale del paziente candidato al trapianto di cuore" allegato al presente decreto di cui costituiscono parte integrante;

Tutto ciò premesso

Percorso
 Diagnostico
 Terapeutico
 Assistenziale



GOVERNO CLINICO

Percorso assistenziale
 del paziente candidato
 al trapianto di cuore



di Patologia

Roberta Chiandetti SC Coordinamento Reti Cliniche



ARCS
 Azienda Regionale
 di Coordinamento
 per la Salute

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

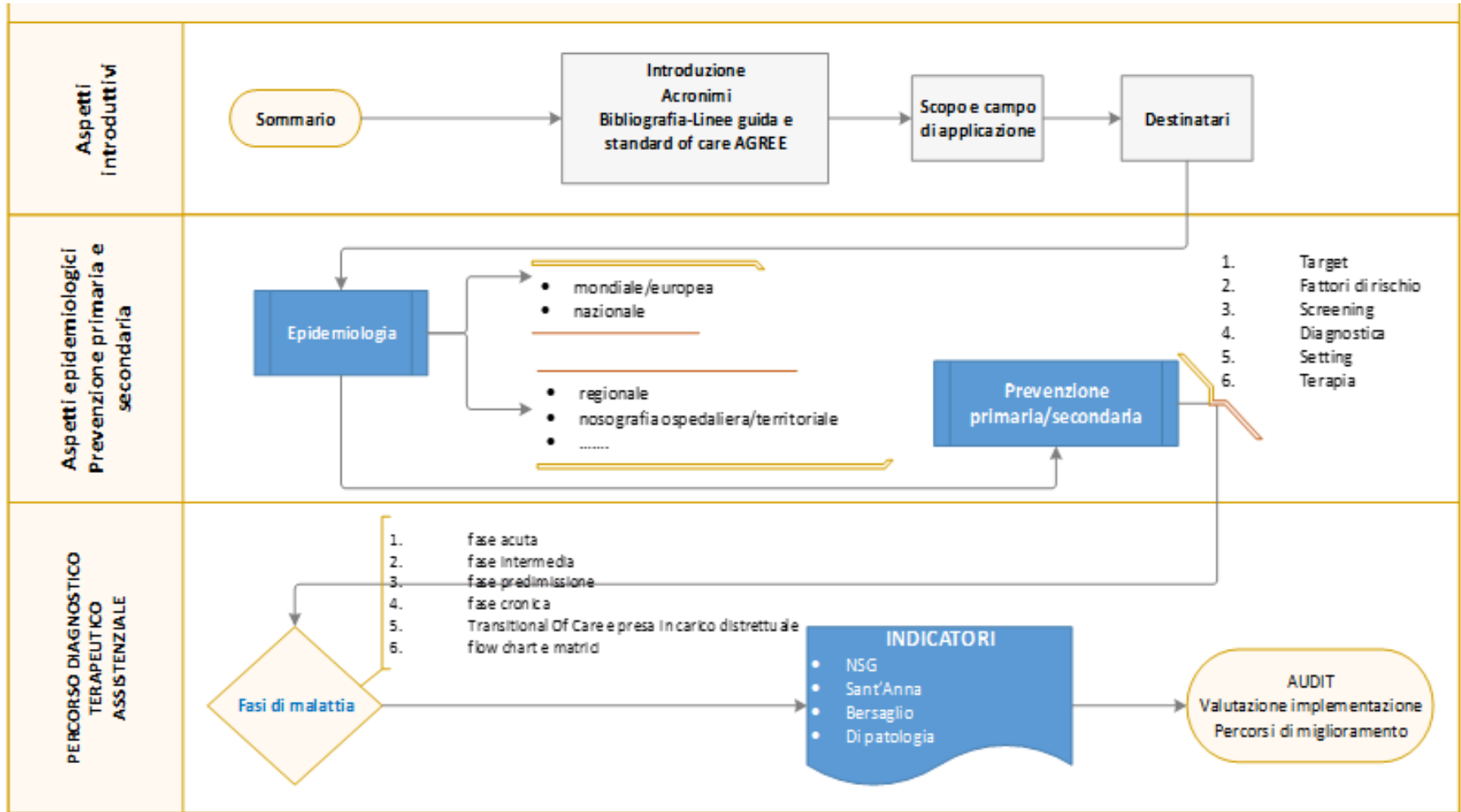
1. **Definizione priorità** (area d'interesse, esiti desiderabili e criteri di eleggibilità, gruppo omogeneo di pazienti. L'area d'interesse è di solito focalizzata a malattie ad alto costo e alta prevalenza e dipende dalla disponibilità di terapie multiple e di pattern di trattamento eterogenei);
2. **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)

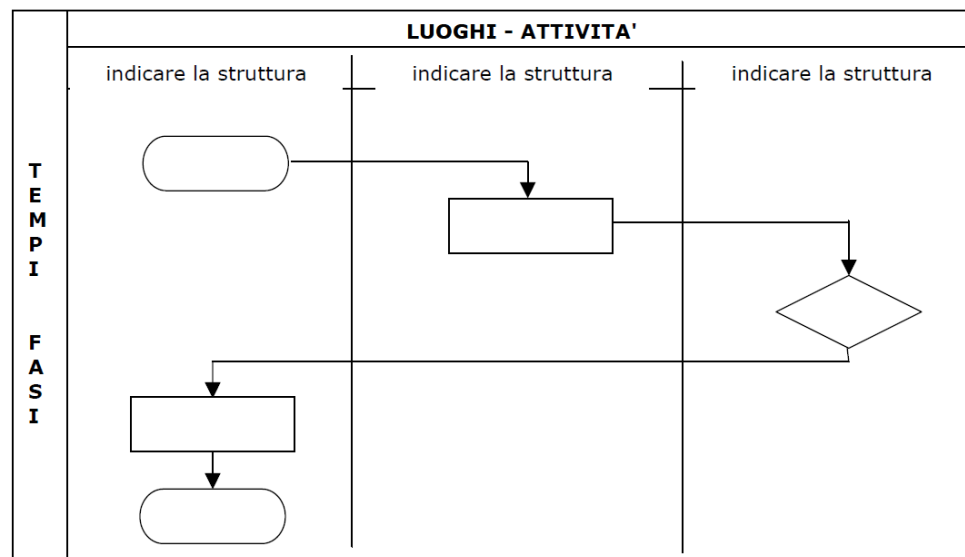
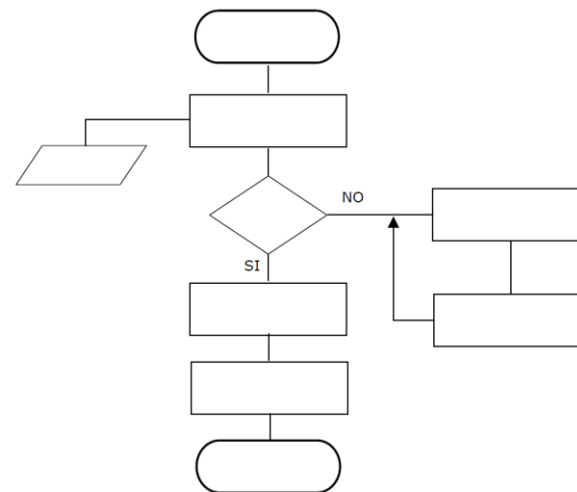
PDTA - la struttura




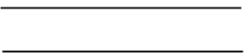




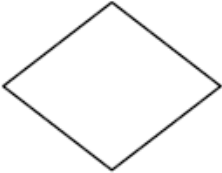
PDTA – Elementi

- 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	

- **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

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).

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 - 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

PDTA – perché adottarli?

Presa 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

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

Gli incontri della Rete per il 2022 verranno considerati come Formazione Sul Campo e quindi accreditati ECM.

CALENDARIO 2022

GENNAIO							FEBBRAIO							MARZO							APRILE										
S	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO	S	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO	S	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO	S	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
1						1	2	6	1	2	3	4	5	6	10	1	2	3	4	5	6	14					1	2	3		
2	3	4	5	6	7	8	9	7	7	8	9	10	11	12	13	11	7	8	9	10	11	12	13	15	4	5	6	7	8	9	10
3	10	11	12	13	14	15	16	8	14	15	16	17	18	19	20	12	14	15	16	17	18	19	20	16	11	12	13	14	15	16	17
4	17	18	19	20	21	22	23	9	21	22	23	24	25	26	27	13	21	22	23	24	25	26	27	17	18	19	20	21	22	23	24
5	24	25	26	27	28	29	30	10	28							14	28	29	30	31				18	25	26	27	28	29	30	
6	31																														

MAGGIO							GIUGNO							LUGLIO							AGOSTO											
S	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO	S	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO	S	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO	S	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO	
18							1	23				1	2	3	4	5	27					1	2	3	32	1	2	3	4	5	6	7
19	2	3	4	5	6	7	8	24	6	7	8	9	10	11	12	28	4	5	6	7	8	9	10	33	8	9	10	11	12	13	14	
20	9	10	11	12	13	14	15	25	13	14	15	16	17	18	19	29	11	12	13	14	15	16	17	34	15	16	17	18	19	20	21	
21	16	17	18	19	20	21	22	26	20	21	22	23	24	25	26	30	18	19	20	21	22	23	24	35	22	23	24	25	26	27	28	
22	23	24	25	26	27	28	29	27	27	28	29	30				31	25	26	27	28	29	30	31	36	29	30	31					
23	30	31																														

SETTEMBRE							OTTOBRE							NOVEMBRE							DICEMBRE										
S	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO	S	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO	S	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO	S	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
36				1	2	3	4	40					1	2	45	1	2	3	4	5	6	49					1	2	3	4	
37	5	6	7	8	9	10	11	41	3	4	5	6	7	8	9	46	7	8	9	10	11	12	13	50	5	6	7	8	9	10	11
38	12	13	14	15	16	17	18	42	10	11	12	13	14	15	16	47	14	15	16	17	18	19	20	51	12	13	14	15	16	17	18
39	19	20	21	22	23	24	25	43	17	18	19	20	21	22	23	48	21	22	23	24	25	26	27	52	19	20	21	22	23	24	25
40	26	27	28	29	30			44	24	25	26	27	28	29	30	49	28	29	30					53	26	27	28	29	30	31	
								45	31																						

Buon lavoro !

