



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo, ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, sul documento "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti".

Rep. Atti n. 14/CSR del 24 gennaio 2018

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE
AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 24 gennaio 2018:

PREMESSI

- il Decreto Legislativo del 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, il quale prevede che il Servizio sanitario nazionale assicuri i livelli essenziali e uniformi di assistenza nel rispetto tra l'altro, dei principi della qualità delle cure e della loro appropriatezza, da attuarsi attraverso linee guida e l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici;
- il Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997, recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", che definisce le attività di valutazione e miglioramento della qualità in termini metodologici e prevede che in ogni azienda debba esistere una struttura organizzativa che presieda all'attività di valutazione e miglioramento della qualità;
- il Decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 17 dicembre 2008, pubblicato nella G. U. n. 9 del 13 gennaio 2009, recante «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza» e s.m.i.;
- la Legge 7 agosto 2012, n.135, conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini;
- l'Intesa sancita tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in questa Conferenza il 10 luglio 2014 concernente il Nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, che prevede, fra l'altro, il riordino della rete assistenziale nelle sue articolazioni, territoriale ed ospedaliera (Rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014);

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, sul documento "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti" che, allegate al presente atto (All. A), ne costituiscono parte integrante, nei seguenti termini:

CONSIDERATO che:

AP





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

- il Decreto del Ministro della salute del 2 aprile 2015, n. 70, recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", ha previsto al punto 8 "Reti ospedaliere" dell'Allegato 1, che all'interno del disegno della rete ospedaliera sia necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale con specifico riferimento, tra l'altro, alle reti infarto, ictus, traumatologica, neonatologica e punti nascita;
- ai sensi del citato punto 8, relativamente alle reti sopra elencate, per le quali non sono disponibili linee guida e raccomandazioni, è istituito uno specifico tavolo tecnico presso Agenas composto da rappresentanti del Ministero della salute, della medesima Agenas, Regioni e Province autonome, con il compito di definire entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto citato n. 70, le relative linee guida e raccomandazioni, nonché di aggiornare quelle già esistenti, da sancire tramite accordi in questa Conferenza;
- dall'analisi dei dati ricavati dai questionari compilati dalle Regioni per le 4 reti tempo-dipendenti, emerge che vi sono alcuni aspetti organizzativi e gestionali che necessitano di una più puntuale definizione per garantire su tutto il territorio nazionale equità, qualità, sicurezza ed appropriatezza nell'accesso alle cure;
- la Formazione di Rete, con particolare riferimento alle modalità di lavoro multi professionale e multidisciplinare, all'integrazione ospedale-territorio, alle azioni di supervisione e tutoraggio dei nuovi assunti e all'utilizzo di audit clinico e training strutturati e continui, rappresenta un obiettivo prioritario;

VISTE:

- la nota del 30 ottobre 2017, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha trasmesso alle Regioni lo schema di accordo in argomento, pervenuto dal Ministero della salute con nota del 25 ottobre 2017;
- la nota del 12 gennaio 2018, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha convocato una riunione tecnica, tenutasi il 18 gennaio 2018, nel corso della quale i rappresentanti dell'Amministrazione centrale hanno accolto le osservazioni regionali pervenute all'Ufficio di Segreteria, arrivando in tal modo alla condivisione di un testo definitivo;
- la nota del 23 gennaio 2018, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha trasmesso alle Regioni la versione dello schema di accordo in argomento, pervenuto in pari data dal Ministero della salute in via informale, che ha recepito le osservazioni regionali;
- la nota del 24 gennaio 2018, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha trasmesso alle Regioni il testo definitivo dello schema di accordo in argomento, pervenuto in via ufficiale in pari data dal Ministero della salute;
- il documento consegnato in corso di seduta dalle Regioni, con il quale la Conferenza delle Regioni esprime avviso favorevole all'Accordo condizionato all'eliminazione del punto 3 del dispositivo come da Allegato B al presente atto;

ACQUISITO nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano;



AP



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

SI CONVIENE

1. E' approvato il documento "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti" che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, che, Allegato A, è parte integrante del presente Accordo.
2. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano si impegnano, in materia di reti cliniche tempo-dipendenti, a recepire formalmente i contenuti del presente Accordo, entro sei mesi dalla data di approvazione dello stesso.
3. Gli indicatori specifici per le reti si intendono come orientativi di un percorso di miglioramento complessivo e di un processo riorganizzativo con una graduale implementazione: le Regioni e le Province autonome si impegnano per questo a rispettare il crono programma per l'adeguamento, come indicato al paragrafo 2.1.6 del presente Accordo.
4. Il Tavolo Istituzionale per la revisione delle reti cliniche, istituito ai sensi dell'Allegato 1, punto 8.1 del citato decreto ministeriale n. 70 e di cui al paragrafo 4 del documento in questione, elabora, entro 6 mesi dalla data di pubblicazione del presente Accordo, un manuale operativo per individuare strumenti specifici per il monitoraggio del funzionamento delle reti cliniche tempo-dipendenti, compreso la definizione delle funzioni di coordinamento e monitoraggio, da approvare con successivo Accordo.
5. Dall'attuazione del presente Accordo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le Amministrazioni interessate svolgono le attività ivi previste con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddo



IL PRESIDENTE
Sottosegretario Gianclaudio Bressa

Gianclaudio Bressa

AR

AR



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Linee Guida per la Revisione delle Reti Cliniche

D.M. n.70/2015

Le Reti tempo dipendenti

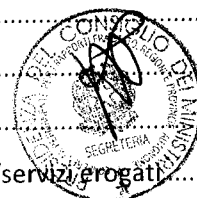




Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Sommario

1. ELEMENTI COMUNI DI RETE CLINICO-ASSISTENZIALE	5
1.1 Definizione di Rete clinico assistenziale	5
2. STRUTTURA DI BASE	5
2.1 Il modello di <i>governance</i>	5
2.1.1 Il modello organizzativo	5
2.1.2 Interrelazioni tra il livello programmatico regionale e quello organizzativo aziendale	6
2.1.3 Il Piano di Rete	6
2.1.4 La connessione tra i nodi di Rete	6
2.1.5 Aspetti di integrazione ospedale-territorio	7
2.1.6 Il monitoraggio: sistema informativo e indicatori di valutazione delle performance di attività di Rete, dell'appropriatezza, qualità e sicurezza dell'assistenza	8
2.2 Allocazione delle risorse	8
2.2.1 Il personale	8
2.2.2 Le strutture: monitoraggio dei requisiti autorizzativi e di Accredimento istituzionale	9
2.2.3 Le tecnologie	9
2.2.4 Le risorse economiche	9
3. RISULTATI	9
3.1 Aree di criticità e azioni di miglioramento	9
3.2 Monitoraggio dei risultati di Rete e delle azioni di miglioramento	9
3.2.1 La mobilità sanitaria	9
3.2.2 L'esperienza del paziente nelle strutture sanitarie e il grado di umanizzazione	10
3.3 La comunicazione e le modalità di diffusione delle informazioni ai cittadini	10
3.4 I processi di supporto: la formazione	10
4. FUNZIONE DI COORDINAMENTO PERMANENTE PER LA REVISIONE DELLE RETI CLINICHE	11
5. LE RETI TEMPO DIPENDENTI	11
6. LA RETE CARDIOLOGICA PER L'EMERGENZA	12
6.1 I Meccanismi operativi: i processi assistenziali	12
6.1.1 Aspetti essenziali di tipo organizzativo legati all'emergenza-urgenza	12
6.2 I Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali: PDTA - <i>Clinical Pathway</i>	12
6.2.1 Elementi clinico-assistenziali fondamentali della <i>check list</i> per il cambio <i>setting</i>	12
6.2.2 <i>Timing</i> del cambio <i>setting</i>	13
6.2.3 Informazioni indispensabili da fornire per il cambio <i>setting</i>	14
6.3 Sistemi formalizzati di monitoraggio della qualità e della sicurezza delle prestazioni/servizi erogati	14
6.4 I processi di supporto: la formazione	14





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

6.4.1 Rilevazione dei bisogni formativi clinico assistenziali ed organizzativi e sviluppo di programmi di formazione/aggiornamento per gli operatori della rete: sviluppo e potenziamento delle competenze ed abilità	14
7. LA RETE PER LA NEONATOLOGIA E I PUNTI NASCITA	16
7.1 I Meccanismi operativi: i processi assistenziali	16
7.1.1 Aspetti essenziali di tipo organizzativo legati all'emergenza-urgenza	18
7.2 I Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali: PDTA - <i>Clinical Pathway</i>	19
7.2.1 Elementi clinico-assistenziali fondamentali della <i>check list</i> per il cambio setting	19
7.2.2 <i>Timing</i> del cambio setting	20
7.2.3 Informazioni indispensabili da fornire per il cambio setting	21
7.3 Sistemi di monitoraggio della qualità e della sicurezza delle prestazioni/servizi erogati	21
7.4 I processi di supporto: la formazione	22
7.4.1 Rilevazione dei bisogni formativi clinico assistenziali ed organizzativi e sviluppo di programmi di formazione/aggiornamento per gli operatori della rete: sviluppo e potenziamento delle competenze ed abilità	22
8. LA RETE ICTUS	23
8.1 I Meccanismi operativi: i processi assistenziali	23
8.1.1 Aspetti essenziali di tipo organizzativo legati all'emergenza-urgenza	24
8.2 I Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali: PDTA - <i>Clinical Pathway</i>	25
8.2.1 Elementi clinico-assistenziali fondamentali della <i>check list</i> per il cambio setting	25
8.2.2 <i>Timing</i> del cambio setting	26
8.2.3 Informazioni indispensabili da fornire per il cambio setting	26
8.3 Sistemi formalizzati di monitoraggio della qualità e della sicurezza delle prestazioni/servizi erogati	27
8.4 I processi di supporto: la formazione	28
8.4.1 Rilevazione dei bisogni formativi clinico assistenziali ed organizzativi e sviluppo di programmi di formazione/aggiornamento per gli operatori della rete: sviluppo e potenziamento delle competenze ed abilità	28
9. LA RETE TRAUMA	29
9.1 I Meccanismi operativi: i processi assistenziali	29
9.1.1 Aspetti essenziali di tipo organizzativo legati all'emergenza-urgenza	30
9.2 I Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali: PDTA - <i>Clinical Pathway</i>	30
9.2.1 Elementi clinico-assistenziali fondamentali della <i>check list</i> per il cambio setting	31
9.2.2 <i>Timing</i> del cambio setting	32
9.2.3 Informazioni indispensabili da fornire per il cambio setting	32
9.3 Sistemi di monitoraggio della qualità e della sicurezza delle prestazioni/servizi erogati	33
9.4 I processi di supporto: la formazione	33





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

9.4.1 Rilevazione dei bisogni formativi clinico assistenziali ed organizzativi e sviluppo di programmi di formazione/aggiornamento per gli operatori della rete: sviluppo e potenziamento delle competenze ed abilità	33
10. ALLEGATI	34
I- INDICATORI "CONNESSIONE NODI DI RETE"	34
II- RETE CARDIOLOGICA PER L'EMERGENZA - ELEMENTI CLINICO ASSISTENZIALI FONDAMENTALI DELLA CHECK LIST PER IL CAMBIO SETTING	35
III- RETE CARDIOLOGICA PER L'EMERGENZA- INDICATORI	37
IV- RETE PER LA NEONATOLOGIA E I PUNTI NASCITA – ELEMENTI CLINICO ASSISTENZIALI FONDAMENTALI PER LA CHECK LIST PER LA VALUTAZIONE DEI PDTA	41
V- RETE PER LA NEONATOLOGIA E I PUNTI NASCITA- INDICATORI	42
VI- RETE ICTUS - ELEMENTI CLINICO ASSISTENZIALI FONDAMENTALI PER LA CHECK LIST PER LA VALUTAZIONE DEI PDTA	46
VII- RETE ICTUS - INDICATORI	48
VIII - RETE TRAUMA - ELEMENTI CLINICO ASSISTENZIALI FONDAMENTALI PER LA CHECK LIST PER LA VALUTAZIONE DEI PDTA	50
IX - RETE TRAUMA - INDICATORI	52
X - GLOSSARIO DELLE DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI	56
11. TAVOLI ISTITUZIONALI	62





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.

2. STRUTTURA DI BASE

2.1 Il modello di governance

La Rete Regionale per ogni ambito assistenziale deve essere recepita e formalizzata attraverso un Atto regionale che espliciti le scelte di politica sanitaria volte anche alla realizzazione di modelli organizzativi innovativi, con la definizione degli aspetti programmatici e di indirizzo predisponenti le condizioni per la loro realizzazione, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini anche tramite opportune modalità di comunicazione.

2.1.1 Il modello organizzativo

Il modello organizzativo di Rete adottato deve garantire equità e tempestività di accesso alle cure affinché si conseguano i migliori risultati in termini di qualità ed umanizzazione delle cure erogate ai cittadini con conseguente maggiore soddisfacimento dei bisogni di salute. Deve essere basato sul quadro epidemiologico, sull'analisi dei fabbisogni e sui bacini di utenza. Deve comprendere la precisa descrizione dei nodi e delle componenti della Rete, i cui criteri di individuazione devono tener conto della tempistica dei trasporti, al fine della capillare copertura territoriale e delle risorse disponibili.

Il modello organizzativo deve essere coerente con gli standard definiti dalla normativa nazionale vigente con particolare riferimento a quanto previsto dal D.M. n.70/2015 nel suo complesso e, nello specifico, dal punto 5 dello stesso Decreto.

La Rete è governata da un apposito organismo di livello regionale "Coordinamento regionale della Rete", rappresentativo delle componenti istituzionali e professionali e dei principali stakeholder. Tale organismo dovrà:

- garantire il governo e l'integrazione organizzativa e professionale di tutte le componenti e i professionisti coinvolti nella Rete di cui al punto 2.1.2;
- validare il Piano di Rete di cui al punto 2.1.3;
- definire le modalità organizzative volte a realizzare la connessione tra i nodi di Rete di cui al punto 2.1.4;

¹ Tavolo Istituzionale per la Revisione delle Reti cliniche seduta del 30 giugno 2016.





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- monitorare e validare i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) di cui al punto 2.1.5;
- verificare il raggiungimento degli obiettivi con gli strumenti di cui al punto 2.1.6;
- verificare il rispetto di parametri temporali, organizzativi, clinico assistenziali e di appropriatezza delle prestazioni erogate, al fine di garantire il mantenimento di adeguati livelli di qualità e sicurezza delle attività di Rete di cui al punto 2.1.6;
- redigere, sulla base degli esiti del monitoraggio della Rete, una relazione annuale sul funzionamento della stessa di cui al punto 2.1.6;
- definire, all'interno del Piano di Rete, le modalità operative e gli strumenti per l'ottimizzazione dell'uso delle risorse professionali, tecnologiche e di struttura di cui al punto 2.2;
- definire il piano delle attività formative di Rete avuto riguardo dei livelli di responsabilità e delle specifiche attività dei nodi (*Hub & Spoke*) di Rete e favorendo l'integrazione tra i professionisti dei diversi nodi di cui al punto 3.4.

2.1.2 Interrelazioni tra il livello programmatico regionale e quello organizzativo aziendale

Il modello di *governance* deve esprimere con chiarezza le interrelazioni tra il livello programmatico regionale (*Coordinamento regionale della Rete*) e quello organizzativo-gestionale delle Aziende sanitarie regionali.

In particolare deve essere garantita la massima coerenza tra la programmazione regionale, gli obiettivi della Rete e gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali.

2.1.3 Il Piano di Rete

Il Piano di Rete, predisposto e validato dal Coordinamento regionale della Rete, deve essere coerente con gli obiettivi assegnati e relativi indicatori e con le risorse disponibili, nonché contenere le linee di indirizzo e operative per il loro raggiungimento. Il Piano deve essere sottoposto a revisione periodica, almeno annuale, sulla base dell'aggiornamento dei bisogni di salute e delle eventuali criticità, del grado di attuazione degli obiettivi generali di Rete e specifici per ciascuna rete clinico assistenziale, prevedendo azioni di miglioramento e relative tempistiche. Al raggiungimento degli obiettivi generali e specifici concorrono le diverse componenti di Rete a seconda dei relativi ruoli e livelli di responsabilizzazione.

2.1.4 La connessione tra i nodi di Rete

Per favorire l'efficienza della Rete e l'integrazione effettiva tra i vari nodi della stessa, è opportuno mettere in atto strumenti che consentano anche la condivisione delle risorse (tecnologiche, di personale ed economiche) nonché il loro utilizzo da parte dei nodi, secondo modalità organizzative flessibili ma ben definite che garantiscano:

- l'unitarietà del percorso di cura in maniera aderente al PDTA;
- la qualità dei livelli assistenziali tra i vari nodi della Rete;
- l'uniforme crescita professionale degli operatori;





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- l'ottimizzazione delle risorse;
- l'omogeneizzazione delle capacità di intervento della Rete attraverso l'attribuzione di specifici ruoli e livelli di responsabilizzazione nell'erogazione delle prestazioni ai differenti nodi della stessa, secondo criteri anche di alternanza temporale che tengano conto delle esigenze e dei bisogni assistenziali del territorio su cui i nodi insistono.

Tra gli strumenti già in parte utilizzati e che possono rispondere ad alcune delle finalità sopra indicate, vi è quello della costituzione di équipe multiprofessionali e multidisciplinari (*mobile team*) che, attraverso il reclutamento di professionisti, possano consentire l'erogazione di specifiche prestazioni sanitarie ad alta intensità assistenziale e per periodi di tempo definiti.

Tali modalità devono rispettare i requisiti previsti dalla normativa vigente in tema di sicurezza dei pazienti e del personale; preliminarmente, quindi, nella definizione del modello organizzativo di cui al punto 2.1.1 a cura del Coordinamento regionale di Rete, si deve tenere conto delle seguenti direttrici:

- assicurare la collaborazione con, dei e fra i professionisti anche tramite una ricognizione preventiva della loro disponibilità;
- prevedere strumenti per l'effettiva valorizzazione dell'attività professionale svolta secondo le nuove modalità organizzative in modo da favorirne l'attuazione, ad esempio anche su base volontaria;
- garantire l'informazione ai pazienti e la comunicazione ai cittadini;
- indicare le prestazioni oggetto di tali modalità organizzative sulla base del livello erogativo da assicurare;
- definire le caratteristiche multiprofessionali e multidisciplinari degli operatori coinvolti, attraverso un adeguato sistema di formazione ed aggiornamento continuo con verifiche sistematiche tramite audit condotti sui casi clinici oggetto di queste attività.

Ai fini delle attività di monitoraggio e verifica dell'effettiva realizzazione delle condizioni favorevoli alle connessioni tra i nodi di Rete saranno utilizzati gli indicatori di cui all'**allegato I**.

2.1.5 Aspetti di integrazione ospedale-territorio

Una componente fondamentale del funzionamento della Rete è basata su specifici Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) relativi alle principali patologie della cui realizzazione la medesima Rete clinico-assistenziale si fa carico; a detti percorsi deve a sua volta essere conformato il piano di assistenza personalizzato relativo al singolo assistito. Particolare attenzione deve essere posta nella definizione di specifici protocolli e procedure per l'integrazione organizzativa e professionale tra i singoli nodi della Rete al fine di garantire la continuità assistenziale tra i vari nodi della Rete e tra ospedale e territorio, nonché nell'integrazione tra il Coordinamento regionale di Rete e il Coordinamento regionale dell'emergenza urgenza comunque denominato, oltre che nell'integrazione organizzativa con il Sistema 118 e 116, o numero unico europeo 112, ove attivato. Nel seguito del documento si farà riferimento al 118 per indicare il sistema di emergenza-urgenza.





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

2.1.6 Il monitoraggio: sistema informativo e indicatori di valutazione delle performance di attività di Rete, dell'appropriatezza, qualità e sicurezza dell'assistenza

Al fine di una corretta gestione della Rete, questa deve dotarsi preliminarmente, fin dalla sua costituzione formale, di un idoneo sistema di raccolta dati finalizzato alla corretta valutazione e al monitoraggio dei livelli di efficienza, di efficacia, di qualità e sicurezza delle attività svolte.

Gli indicatori utilizzati e i relativi standard di riferimento, nonché le *check list* per la valutazione dei PDTA, devono interessare tutte le componenti ospedaliere e territoriali della Rete. I flussi informativi devono essere coerenti agli indicatori utilizzati. Questi ultimi devono essere aggiornati con cadenza almeno biennale, così come gli standard di riferimento e le *check list*, in quanto tali elementi hanno natura dinamica. Con particolare riferimento alle Reti tempo dipendenti, e quindi particolarmente vulnerabili a problematiche organizzative, è necessario lo stretto monitoraggio dei tempi dei passaggi di *setting* assistenziale e/o di esecuzione di alcune procedure. A riguardo ciascuna rete clinico-assistenziale di cui ai paragrafi seguenti è corredata da un set di indicatori distinti nelle presenti Linee Guida in:

- *indicatori di primo livello*, direttamente implementabili sulla base dei flussi informativi correnti e con l'uso integrato degli stessi, sono utilizzati anche ai fini del monitoraggio delle reti;
- *indicatori di secondo livello*, non sono direttamente calcolabili a partire dai flussi informativi correnti, ma possono essere integrati con ulteriori indicatori *proxy* della valutazione dell'assistenza territoriale.

Ulteriori informazioni possono essere ricavate dall'analisi dei dati derivanti dai Registri di patologia esistenti.

Le risultanze delle attività di monitoraggio e valutazione dovranno essere rese disponibili attraverso la redazione della relazione annuale di cui al punto 2.1.1 sul funzionamento delle reti.

2.2 Allocazione delle risorse

L'organizzazione dell'assistenza secondo il modello di Rete, come definita nel presente documento², "*mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi ...*" pone le condizioni per il superamento della prospettiva "statica" insita nel concetto di allocazione delle risorse, secondo il principio per il quale la relazione tra i nodi di Rete consente, oltre ad elevare la qualità delle attività erogate, anche di ottimizzare complessivamente, in ciascun nodo e a livello di sistema, l'impiego delle risorse professionali, strutturali, tecnologiche ed economiche.

2.2.1 Il personale

La dotazione organica quali-quantitativa delle strutture facenti parte della Rete deve essere coerente con i parametri e gli standard organizzativi stabiliti dalla normativa nazionale e regionale come previsto dal punto 6 del D.M. n.70/2015.



² "Definizione di rete clinico assistenziale" par. 1 del presente Documento



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

2.2.2 Le strutture: monitoraggio dei requisiti autorizzativi e di Accredimento istituzionale

Le strutture della Rete debbono essere coerenti con i requisiti autorizzativi, compresi quelli strutturali e di Accredimento Istituzionale previsti dal Tavolo per la Revisione della normativa per l'Accredimento (TRAC) di cui all'Intesa Stato – Regioni del 20 dicembre 2012 e come previsto dal punto 6 del D.M. n.70/2015. Per requisiti di autorizzazione si intendono anche quelli strettamente legati alla sicurezza delle strutture sotto i vari profili (antisismico, antincendio ecc.). Tali aspetti debbono essere periodicamente monitorati.

2.2.3 Le tecnologie

La dotazione tecnologica delle strutture della Rete deve essere coerente con la loro funzione all'interno delle Rete medesima. E' necessario prevedere, al fine di mantenere i livelli e gli standard di qualità e sicurezza delle attività sanitarie erogate, la verifica del loro utilizzo e dello stato di obsolescenza anche sulla base degli strumenti e delle modalità che saranno implementate nell'ambito del Programma nazionale HTA.

Nella dotazione tecnologica si intendono ricomprese le tecnologie informatiche (ICT) che costituiscano l'infrastruttura di Rete ovvero un efficiente e capillare sistema, coerente agli obiettivi e all'organizzazione della rete stessa, di trasmissione di dati e immagini tra i relativi nodi.

2.2.4 Le risorse economiche

L'atto regionale di adozione della Rete deve anche precisare se sono previsti nella programmazione regionale eventuali sistemi di finanziamento *ad hoc* per il funzionamento della Rete, al di fuori dei sistemi ordinari di finanziamento dei fattori produttivi e i relativi sistemi di tracciabilità, nonché eventuali sperimentazioni per la gestione degli aspetti economico-finanziari specificandone le peculiarità.

3. RISULTATI

3.1 Aree di criticità e azioni di miglioramento

I risultati delle attività svolte dalla Rete devono essere monitorati come indicato al punto 2.1.1, per verificare l'efficienza e l'efficacia della rete stessa nonché la percezione della qualità del servizio reso ai cittadini. L'attività di monitoraggio e di misurazione dei risultati deve consentire di mettere in evidenza eventuali aree di criticità, a cui vanno rivolte le attività di miglioramento, da sottoporre anch'esse periodicamente a verifica e monitoraggio.

3.2 Monitoraggio dei risultati di Rete e delle azioni di miglioramento

3.2.1 La mobilità sanitaria

Per la misurazione e il monitoraggio dei risultati di Rete e delle azioni di miglioramento è necessario tenere conto anche di ulteriori elementi informativi che concorrono alla valutazione delle performance di Rete. Per ciascun ambito assistenziale di interesse della singola Rete è necessario monitorare l'andamento della mobilità passiva, attraverso i relativi indicatori ("indici di





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

fuga”) ovvero l’analisi dei dati relativi alle prestazioni erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza. Tali dati possono fornire infatti, insieme agli altri elementi di valutazione, informazioni significative sulla capacità o meno della Rete di assistere i cittadini del territorio di riferimento.

A riguardo l’Atto regionale di Rete deve specificare se sono stati definiti appositi Accordi “di confine” e/o interregionali per la gestione della mobilità sanitaria, la cui promozione è richiamata dal Patto per la Salute 2014-2016 e dal D.M. n.70/2015.

3.2.2 L’esperienza del paziente nelle strutture sanitarie e il grado di umanizzazione

Analogamente a quanto detto per gli indici di fuga, possono concorrere alle attività di monitoraggio le informazioni derivanti dagli esiti delle indagini sull’esperienza del paziente nelle strutture sanitarie e sul grado di umanizzazione delle strutture e delle attività della Rete, ottenute attraverso gli strumenti disponibili e funzionali a tale rilevazione e avuto riguardo di quanto previsto dall’Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 in tema di Accreditamento Istituzionale, dall’art.4, comma1 del Patto per la Salute 2014-2016, dal punto 5 dell’Allegato 1 al D.M. n.70/2015 e da Programma per la valutazione partecipata ed il miglioramento del grado di umanizzazione di AGENAS³.

3.3 La comunicazione e le modalità di diffusione delle informazioni ai cittadini

Particolare importanza rivestono per il funzionamento di Rete e il raggiungimento dei risultati attesi, la comunicazione interna tra i nodi e gli operatori coinvolti nelle attività di Rete nonché le modalità di diffusione delle informazioni ai cittadini. In tal senso, è indispensabile l’adozione di modelli e procedure condivisi per una fluida e corretta comunicazione interna ed esterna, alla cui efficacia concorre anche il pieno soddisfacimento degli obblighi di trasparenza e il miglioramento continuo delle modalità di coinvolgimento dei cittadini al percorso di cura. A tal scopo è richiesta la pubblicazione, sul sito istituzionale dell’amministrazione regionale competente, della relazione annuale predisposta a cura del Coordinamento regionale di Rete sul funzionamento della stessa.

3.4 I processi di supporto: la formazione

Per ciascuna Rete clinico assistenziale la formazione del personale coinvolto deve essere basata sulla rilevazione di bisogni formativi coerenti alla funzionalità della Rete stessa (criticità, eventi avversi, inserimento di personale, nuove tecnologie, ecc.) che comprenda anche i modelli e le procedure/protocolli organizzativi interni alla Rete. I programmi di formazione/aggiornamento, secondo quanto indicato per il Coordinamento di Rete, devono essere orientati anche allo sviluppo e al potenziamento delle competenze ed abilità, anche utilizzando tecniche di simulazione.

³ Progetto di Ricerca Corrente 2012 “La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino” con quale è stata realizzata la prima valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in tutte le Regioni/PA)





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

nell'ottica del miglioramento continuo e del mantenimento dei livelli di qualità e di sicurezza delle attività erogate. In questa logica vanno considerati la formazione ECM, i percorsi formativi certificativi per il personale del 118 e tutti gli strumenti di accrescimento e di certificazione delle competenze come gli audit clinici e organizzativi e l'attribuzione dei privilegi (*privileges*).

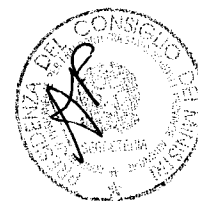
4. FUNZIONE DI COORDINAMENTO PERMANENTE PER LA REVISIONE DELLE RETI CLINICHE

Al fine di un coordinamento permanente delle attività connesse alla completa attuazione di quanto previsto dalle presenti Linee Guida, sono attribuite al Tavolo Istituzionale per la revisione delle reti cliniche, istituito ai sensi dell'Allegato 1, punto 8.1 del D.M. 2 aprile 2015, n.70, funzioni di monitoraggio e verifica delle attività e di aggiornamento delle presenti Linee Guida. In tal senso, il Tavolo Istituzionale definirà, entro sei mesi dalla data di pubblicazione delle presenti Linee Guida, un manuale operativo che individui ruoli, competenze e strumenti specifici per il monitoraggio del funzionamento delle reti.

5. LE RETI TEMPO DIPENDENTI

Gli aspetti di cui ai paragrafi precedenti costituiscono gli elementi di base di ogni Rete clinico-assistenziale che ne caratterizzano la struttura e l'organizzazione. Per ciascuna Rete afferente agli ambiti specialistici di seguito descritti vengono differenziati, in ragione del contesto assistenziale di riferimento, i relativi meccanismi operativi, gli specifici processi e percorsi clinico-assistenziali sia in relazione agli aspetti organizzativi che, in particolare, a quelli diagnostico-terapeutici, al cambio *setting* (modalità e relativa tempistica), compresi i sistemi di monitoraggio della qualità e della sicurezza delle attività erogate e i processi di supporto (formazione e aggiornamento).

Le indicazioni fornite con le presenti Linee Guida non esauriscono tutti gli aspetti relativi alle necessarie interconnessioni tra l'attività ospedaliera per acuti e le attività territoriali, non potendo prescindere, l'efficiente ed efficace funzionamento delle reti tempo dipendenti dalla presenza, a titolo di esempio, di una rete riabilitativa che consenta la presa in carico precoce nei *setting* assistenziali-riabilitativi di ricovero e/o in struttura residenziale territoriale con modulo riabilitativo o al domicilio, secondo il piano individuale di trattamento personalizzato.





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

6. LA RETE CARDIOLOGICA PER L'EMERGENZA

La Rete Cardiologica per l'Emergenza (REC) è un'estensione della Rete per l'infarto STEMI già presente e prevista dal D.M. n.70/2015. Il motivo dell'estensione è l'intento di rendere il complesso sistema organizzativo di Rete utilizzabile anche per le patologie cardiologiche che possono andare incontro a condizioni di emergenza clinica (aneurismi dissecanti dell'aorta toracica, alcune aritmie, alcune forme di scompenso, ecc.). Obiettivi prioritari sono fornire una risposta adeguata ed appropriata dal punto di vista clinico ed organizzativo alle emergenze cardiologiche, ottimizzare le risorse esistenti, attuare una reale e maggiore integrazione tra ospedale e territorio in un ambito di percorso clinico.

6.1 I Meccanismi operativi: i processi assistenziali

6.1.1 Aspetti essenziali di tipo organizzativo legati all'emergenza-urgenza

La Rete deve essere integrata con il Sistema 118. Il personale del Sistema 118, sia delle centrali operative che dei mezzi di soccorso, deve adottare protocolli e procedure condivise e validate dal Coordinamento regionale del sistema di emergenza urgenza comunque denominato, anche per le informazioni da raccogliere e fornire alla Rete nel corso delle attività di assistenza.

Deve essere assicurata la trasmissione, sulla base di protocolli condivisi e validati dal Coordinamento della Rete, delle informazioni relative a funzioni vitali compromesse o ad immediato rischio di compromissione, in modo da consentire l'identificazione di un paziente critico e l'attivazione dell'anestesista di guardia presso il DEA direttamente da parte della Centrale Operativa 118 al fine di facilitare la gestione del trattamento intensivo sin dalla fase iniziale in *emergency room*.

6.2 I Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali: PDTA -Clinical Pathway

I PDTA, come richiamati al punto 2.1 debbono prevedere quali elementi essenziali:

- gli indicatori di processo, di esito (ove possibile), di volume di attività ed i relativi flussi informativi, come esemplificati nell'**allegato III**;
- la programmazione degli Audit interni;
- la descrizione delle modalità di presa in carico dei pazienti;
- protocolli e procedure con la descrizione precisa dei criteri di passaggio tra i vari *setting* (comprese le dimissioni protette e/o assistite), il relativo *timing* ed i contenuti informativi indispensabili della relativa documentazione sanitaria;
- le modalità operative sottese all'attuazione del piano di assistenza personalizzato;
- la presenza di eventuali accordi "di confine" e/o interregionali per la gestione della mobilità sanitaria, previsti dal Patto per la Salute 2014-2016 e dal D.M. n.70/2015.

6.2.1 Elementi clinico-assistenziali fondamentali della *check list* per il cambio *setting*

Devono essere presenti e periodicamente verificati, in un contesto multiprofessionale e multidisciplinare, sia nei contenuti che nella loro applicazione, i protocolli e le procedure operative





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

per il passaggio dei pazienti e delle relative informazioni tra i vari *setting* assistenziali ed in particolare da quelli del territorio a quelli dell'ospedale e viceversa.

Si raccomanda, nello specifico, che la lettera di dimissione⁴ contenga per il cambio *setting* un data set minimo condiviso con le Società scientifiche di settore, come da *check list* di cui all'**allegato II**.

6.2.2 *Timing del cambio setting*

Il Coordinamento regionale della Rete per la cardiologia di emergenza definisce e valida in specifici protocolli e procedure dei PDTA delle patologie interessate gli elementi principali del timing del cambio di *setting*.

Di seguito alcune raccomandazioni condivise con le Società Scientifiche di settore:

- il cambio di *setting* deve avvenire nel più breve tempo possibile anche quando gli elementi clinici a disposizione non sono tali da poter fare escludere una diagnosi di patologia di emergenza o di emergenza potenziale con ragionevole certezza.
- un trattamento interventistico entro le due ore (quindi analogo allo STEMI) è indicato per i pazienti ad altissimo rischio clinico (per es. con angina refrattaria, shock cardiogeno, aritmie ventricolari rischiose per la vita, con instabilità emodinamica);
- un trattamento interventistico entro le 24 ore è raccomandato in pazienti ad alto rischio (GRACE score >140 e/o incremento significativo della troponinemia e/o modifiche dinamiche del tratto ST e/o dell'onda T);
- un trattamento interventistico entro le 72 ore è raccomandato nei pazienti a profilo di rischio intermedio;
- se non tutte le problematiche cliniche sono risolte e/o il paziente è a rischio elevato, il passaggio al territorio deve essere preceduto da un periodo adeguato in centri intermedi di riabilitazione cardiaca specialistica, riabilitazione generale-geriatrica/lungodegenza riabilitativa e cure subacute;
- una volta tornati al domicilio la cardiologia territoriale di riferimento controllerà i pazienti a 3, 6 e 12 mesi secondo il profilo di rischio e il raggiungimento dei target terapeutici.
- dopo l'esecuzione della PTCA, l'iniziale destinazione del paziente è la Terapia intensiva Cardiologica (UTIC), fino al raggiungimento (generalmente 24-48 h) della stabilità emodinamica ed elettrica;
- si considera dimissibile dalla Terapia Intensiva/Subintensiva Cardiologica (UTIC) il paziente che non presenta più le condizioni comprese nei criteri di ammissione e che, secondo il giudizio clinico, non necessita di monitoraggio o trattamento intensivo. Il paziente, dopo la fase di ricovero in Terapia Intensiva/ Subintensiva Cardiologica, deve completare il ricovero in una degenza cardiologica dell'*Hub* o dell'ospedale *Spoke* di riferimento territoriale al fine di concludere l'iter diagnostico-terapeutico. La tempistica deve essere adeguata alle condizioni cliniche ed al profilo di rischio del paziente;



⁴ La rilevazione di tali informazioni dovrà essere resa possibile attraverso l'automazione del processo in maniera informatizzata.