

## **La costituzione delle Reti sanitarie: un processo guidato dalla Direzione Centrale Salute, esperienza della regione Friuli Venezia Giulia.**

Agnoletto Anna Paola\*, Prezza Marisa\*, Tonutti Giuseppe\*

\*Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia–Area Servizi Assistenza Ospedaliera Regione FVG

**Obiettivo** L'articolo descrive le azioni che la Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia (DCS) del Friuli Venezia Giulia (FVG) ha avviato dopo l'emanazione della Legge di riforma sanitaria<sup>1</sup> che ha sancito l'avvio della riorganizzazione della Rete dei servizi sanitari e sociosanitari della Regione. In particolare il lavoro, riprendendo gli obiettivi fondanti le Reti Sanitarie e di Patologia, descrive le soluzioni organizzative e metodologiche attuate per garantirne e supportarne l'avvio e riporta i risultati ottenuti in quasi quattro anni di attività evidenziando gli elementi di forza e di criticità del modello adottato.

**Background** Il processo di costituzione delle Reti sanitarie in FVG ha trovato un inquadramento normativo nella Legge regionale (LR) di riforma sanitaria<sup>2</sup> che, oltre a riordinare l'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale (SSR), ha ridefinito le norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria. Prima della pubblicazione della Legge alcune Reti sanitarie erano già state avviate coinvolgendo professionisti e strutture rappresentative di tutti gli Enti Sanitari regionali, seppur con una connotazione regionale rappresentavano però esperienze isolate non facendo parte di un processo organico di strutturazione delle Reti avviato di fatto con la LR stessa.

I principi ispiratori della riforma sono gli stessi che successivamente sono stati normati con il DM n.70/2015 che ha indicato nel modello “*Hub & Spoke*” il riferimento per la riorganizzazione delle strutture ospedaliere propedeutico anche all'avvio delle Reti di patologia. Tale modello prevede la concentrazione delle funzioni diagnostico-terapeutiche di alta complessità nei centri *Hub*, ai quali i centri periferici *Spoke* inviano gli utenti che hanno bisogno di interventi che superano la soglia di complessità che gli stessi sono in grado di garantire, assicurando in tal modo sostenibilità professionale, economica e garantendo a tutti i cittadini l'assistenza necessaria, indipendentemente dal luogo di residenza. L'articolo 39 della LR 17/2014 fa riferimento all'avvio delle Reti di Patologia quali strumenti di integrazione professionale a garanzia della presa in carico, della continuità assistenziale e supporto del nuovo assetto organizzativo regionale. Tali reti infatti, integrano l'attività ospedaliera per pazienti acuti e post acuti con le attività territoriali distrettuali, sovra distrettuali e sovra aziendali anche attraverso l'applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi ed omogenei su tutto il territorio regionale.

**Materiali e Metodi** Data la complessità dell'organizzazione sanitaria per garantire la *governance* del processo di avvio delle Reti la DCS inizialmente ha attuato una strategia *top-down* promulgando atti normativi di costituzione e regolamentazione delle Reti stesse con definizione di: “nodi organizzativi”, funzioni legate alla diagnosi e al trattamento dei pazienti nelle diverse fasi di malattia, modalità operative di rapporto/relazione tra i vari livelli e di interconnessione con altre Reti.

Alla fase di formalizzazione è seguita, per ogni Rete, la costituzione dei gruppi di coordinamento composti da medici, personale delle professioni sanitarie e tecnici rappresentativi delle varie discipline e delle strutture sanitarie regionali. Per garantire attività coerenti con gli effettivi bisogni di salute e l'umanizzazione dei percorsi assistenziali, in ogni gruppo sono stati inseriti rappresentanti delle associazioni dei cittadini e/o dei pazienti. Il supporto metodologico è stato garantito includendo in ogni gruppo un dirigente medico con competenze in organizzazione sanitaria individuato tra quelli

---

<sup>1</sup> LR 17 del 16 ottobre 2014 “*Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e socio sanitaria*”.

<sup>2</sup> *ibidem*

operanti nelle Direzioni Sanitarie o Mediche degli Enti regionali ed inserendo professionisti della DCS garanti del supporto operativo e facilitatori nei rapporti tra Aziende e con Enti terzi.

Ai gruppi di coordinamento sono stati affidati specifici mandati tra cui anche quello di elaborare gli strumenti operativi necessari al funzionamento delle Reti come ad esempio i percorsi clinico assistenziali (PDTA) per le diverse patologie.

La diffusione dei contenuti specifici sulle Reti e dei PDTA è avvenuta con il coinvolgimento dei direttori sanitari delle aziende e pubblicazione della documentazione sul sito internet regionale.

Con delibera annuale la Regione emana le Linee di gestione del SSR che riportano gli obiettivi per gli Enti e per le singole Reti che prevedono ad esempio l'elaborazione di PDTA, l'attuazione di iniziative formative e il raggiungimento di specifici indicatori di attività.

**Risultati** Nel corso degli ultimi 5 anni sono state attivate progressivamente 15 Reti sanitarie e avviati 16 gruppi di coordinamento, sono stati prodotti 28 documenti di consenso (PDTA, protocolli, ...) oltre a numerose attività formative specifiche.

In alcuni casi è stato possibile verificare un miglioramento della pratica clinica tramite il monitoraggio degli indicatori di processo come nel caso della procedura di trombolisi nei pazienti con *stroke* che ha visto un incremento tra il 2014 e 2017, da 213 interventi a 399.

**Conclusioni** L'analisi condotta sull'esperienza di riorganizzazione sanitaria anche attraverso l'avvio delle Reti, ha evidenziato i seguenti punti di forza:

- formalizzazione dei rapporti istituzionali prima governati attraverso relazioni interpersonali,
- miglioramento della consapevolezza reciproca in *setting* diversi;
- condivisione di conoscenze ed esperienze professionali, di un linguaggio comune, accrescimento delle competenze, standardizzazione dei comportamenti, revisione di alcune pratiche cliniche secondo evidenze scientifiche;
- attenzione ad aspetti umanizzanti la pratica clinica;
- miglioramento delle *performance* con *output* clinici misurabili;
- sviluppo di applicativi informatici utili a monitorare l'attività delle reti.

Sono emersi anche alcuni elementi di criticità quali:

- avvio incompleto di alcune Reti;
- conoscenza non diffusa delle Reti sanitarie e dei PDTA da parte di operatori non strettamente coinvolti, dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- fallimento del mandato affidato agli esperti di organizzazione nei gruppi di coordinamento, troppo coinvolti nelle attività istituzionale di ciascun Ente;
- scarsa integrazione formalizzata con i servizi sociali;
- formazione condotta in maniera sistematica solo su alcuni PDTA (onerosa in termini di tempo e risorse).

---

<b>Autore per corrispondenza</b>	Prezza Marisa
<b>Struttura Operativa</b>	Area servizi assistenza ospedaliera (Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia)
<b>Sede</b>	Via Pozzuolo n. 330, 33100 Udine
<b>E-mail</b>	<a href="mailto:marisa.prezza@regione.fvg.it">marisa.prezza@regione.fvg.it</a>
<b>Riferimenti telefonici</b>	Fisso: 0432805632 Cellulare: 3998598777

---