

10 **Connessione e velocità: le sfide delle reti cliniche**¹

*di Lucia Ferrara, Marco Sartirana e Valeria D. Tozzi*²

10.1 **Introduzione**

Il tema delle reti cliniche è oggetto di studi e di esperienze da circa venti anni alimentando un dibattito che propone contenuti sempre nuovi in ragione delle trasformazioni istituzionali e professionali che ne condizionano il funzionamento. Le reti, infatti, sono descritte già da Williamson (1975) come modelli ibridi di organizzazione a cavallo tra gerarchia e mercato, e questo implica che risentano fisiologicamente degli accadimenti più rilevanti dei soggetti che le compongono e della trasformazione delle relazioni tra essi (Thorelli, 1986). Dalla fine degli anni '90 le reti si sono affermate come paradigma organizzativo autonomo intorno al quale sono nati approcci di ricerca e teorie specifiche (Grandori, 1997). Il presente contributo si concentra sulle reti cliniche intese come quelle forme di collaborazione tra aziende sanitarie rispetto alla gestione di target di pazienti specifici caratterizzate da una intensa relazione tra professionisti e dalla “promozione” da parte delle Regioni (Tozzi, 2012). Questo implica che le reti cliniche e le reti di offerta (come quelle aziendali) siano insieme di contenuto complementari ma distinti: le prime si basano sulle seconde, proponendo meccanismi specifici di funzionamento di alcuni servizi all'interno delle aziende sanitarie sulla base di forme di allineamento professionale.

Le reti cliniche in Italia sono regionali e hanno interiorizzato il ridisegno della rete di offerta avvenuto nel corso degli ultimi anni (numero delle aziende sanitarie, ridisegno della rete ospedaliera, ecc.). A livello nazionale sono intervenuti molteplici stimoli all'attuazione di reti cliniche regionali sia di carattere generale (DM 70/2015, Accordo Conferenza Stato-Regioni del 24 gennaio

¹ La realizzazione di questo capitolo è stata possibile grazie ad un contributo incondizionato di Janssen-Cilag SpA

² Benché il capitolo sia frutto di un lavoro comune degli autori, sono da attribuire a Lucia Ferrara i paragrafi 10.2, 10.3.1, a Marco Sartirana i paragrafi 10.3.2, 12.4, a Valeria D. Tozzi i paragrafi 10.1 e 10.5

2018) che specifico (Accordo Conferenza Stato -Regioni del 17 aprile 2019 con indicazioni sulle reti oncologiche) a cui si aggiunge lo sforzo di monitoraggio che Agenas ha attivato nel corso degli ultimi anni³. Sul fronte delle tensioni professionali, il mondo della medicina e, di conseguenza, le pratiche dei professionisti sono molto cambiate: per esempio, l'avvento delle terapie genetiche sta modificando sia le forme di specializzazione dei clinici che i processi di erogazione delle cure, mentre la tecnologia diagnostica e le terapie innovative offrono miglioramenti negli esiti di cura spesso cronicizzando le condizioni di salute e trasformando i modelli di cura.

Il dibattito attuale evidenzia una sorta di traiettoria delle reti cliniche (Haines *et al.*, 2018, Haines *et al.*, 2012), evidenziando la necessità che esse si trasformino in primo luogo da network informali tra professionisti in collegamenti strutturati tra i nodi della rete di offerta (ad esempio tra unità organizzative afferenti alla medesima disciplina) fino a divenire, in seconda istanza, programmi stabili di intervento per migliorare la qualità e l'equità delle cure per specifiche popolazioni di pazienti. Questo implica che le reti si trasformino da fenomeni professionali a strumenti per le politiche di tutela della salute su target identificati di popolazione; si tratta di un fenomeno che alcuni contesti regionali stanno iniziando a sviluppare anche nel nostro Paese, in particolare con riferimento alle reti oncologiche (Morando *et al.*, 2014). In linea generale, questo spiega lo sforzo messo in campo dalle istituzioni (da quelle centrali a quelle regionali) affinché le reti cliniche, pur preservando la prospettiva professionale, promuovano quella manageriale (fatta di modelli organizzativi che omogeneizzino i percorsi di cura delle diverse aziende sanitarie e di strumenti di gestione specifici) e quella politico istituzionale con strategie e una *governance* esplicite. Infatti, è acclarato che la collaborazione professionale (spesso intra-disciplinare) cresca attraverso le reti cliniche (Prades *et al.*, 2018), così come esse contribuiscano, almeno in modo potenziale, al miglioramento degli standard di cura attraverso processi di allineamento professionale (Brown *et al.*, 2016; Greene *et al.*, 2017). Molte esperienze di rete clinica sia in Italia che all'estero (soprattutto nel Regno Unito) hanno sviluppato una prospettiva manageriale dotandosi di strumenti e competenze finalizzati alla connessione tra strutture di offerta (Morando *et al.*, 2014). L'ultimo *step* evolutivo è legato alla qualità istituzionale delle reti cliniche che si incentiva, rendendole, in primo luogo, strumento e contenuto di politiche esplicite sulla salute di target specifici di pazienti e, in secondo luogo, il contesto generativo di visioni e prospettive concertate tra i clinici, i manager e i politici (Romiti *et al.*, 2020; Iedema *et al.*, 2017; Morando *et al.*, 2014; Spencer *et al.*, 2013).

All'interno di questo scenario, disegnato sulla base della letteratura, il pre-

³ <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/monitoraggio-reti-cliniche>

sente contribuito si interroga sulle reti cliniche nel contesto italiano partendo dall'implementazione delle reti cliniche proposte dal DM70/2015 (§ 10.3). I risultati del questionario sono arricchiti (al § 10.3.2) da una breve sintesi delle rilevazioni Agenas sulle reti cliniche e sulle reti oncologiche pubblicate nel 2021, che offrono ulteriori e preziose indicazioni rispetto allo stadio di sviluppo e agli strumenti operativi delle reti.

Inoltre, si approfondiscono i processi di trasformazione di quelle oncologiche considerando casi regionali con differente livello di maturità (§ 10.4). In conclusione (§ 10.5) si riflette sul quadro generale delle reti cliniche in Italia, all'incrocio tra le questioni generali emerse dall'indagine nazionale e quelle specifiche relative all'oncologia. Inoltre, grazie all'analisi dei casi regionali approfonditi, si prova a cogliere il contributo che la rete oncologica ha dimostrato nella fase pandemica in cui il tema dell'integrazione tra livelli di cura ha condizionato la qualità degli interventi in soccorso della popolazione infetta.

Lo scopo finale è quello di produrre un quadro rappresentativo della situazione italiana offrendo evidenze e riflessioni sull'evoluzione delle reti cliniche in coerenza con la contingenza storica che il sistema sanitario sta vivendo.

10.2 Obiettivi e metodi

Come anticipato in premessa, il presente contributo prosegue l'osservazione sulle reti cliniche in generale e, in particolare, su quelle oncologiche, avviata nei precedenti rapporti OASI del 2009, 2010 e 2014 e persegue i seguenti obiettivi:

- ▶ Censire le reti cliniche in Italia considerando quanto previsto dal DM 70/2015. Si precisa che il decreto identifica reti per patologia/disciplina/area specialistica e fornisce indicazioni per la costituzione delle reti tempo-dipendenti, mentre lascia la definizione delle altre reti alle regioni, secondo le linee guida organizzative e le raccomandazioni sancite in sede di Conferenza Stato-Regioni o dal tavolo tecnico istituito presso Agenas. Da allora diverse regioni hanno dato attuazione alle indicazioni nazionali, seppure in modo e con tempistiche diverse. Qual è quindi lo stato dell'arte al 2021?
- ▶ Approfondire i processi di trasformazione delle reti focalizzando l'attenzione sulla rete oncologica. Sebbene il fenomeno delle reti cliniche si stia diffondendo in molti campi disciplinari, l'oncologia rappresenta la disciplina e l'area di assistenza che sta sviluppando in Italia gli esempi più numerosi di rete su scala regionale, grazie ad alleanze deliberate tra i rappresentanti della comunità professionale e le Regioni (Tozzi, 2012). Quali sono i processi di trasformazione delle reti oncologiche e i processi di apprendimento tra regioni all'interno della medesima disciplina?

- Analizzare come le reti hanno contribuito alla tenuta del sistema, coordinando la dimensione politico-istituzionale con quella più tipicamente professionale durante la pandemia Covid-19. Durante il periodo pandemico la velocità dei processi decisionali ha giocato un ruolo cardine, qual è stato il contributo delle reti cliniche nei processi decisionali e cosa è possibile apprendere dalle reti più storiche, come le reti oncologiche, per far evolvere anche le reti cliniche più giovani?

Sul piano del metodo, il capitolo impiega metodi di ricerca misti, adottando tre differenti strumenti di analisi.

1) *Censimento delle reti cliniche in Italia*

In primo luogo, è stata condotta una survey sul grado di diffusione delle reti previste dal DM 70. Il censimento ha riguardato nove reti cliniche: rete infarto, ictus, traumatologica, neonatologica e punti nascita, oncologica, pediatrica, trapiantologica, terapia del dolore e malattie rare. Il decreto prevedeva anche la rete delle medicine specialistiche, quale decima rete, che non è stato possibile censire in modo diretto. Per tale motivo, tutte le rilevazioni di seguito riportate fanno riferimento alla presenza nelle regioni delle nove reti indicate, mentre la decima è stata analizzata in modo indiretto chiedendo all'interno del questionario di indicare ulteriori reti cliniche avviate.

Per ogni rete deliberata a livello regionale, il questionario ha esplorato cinque dimensioni:

1. l'anno di istituzione della rete a livello regionale.
2. L'esistenza di una *governance* formalizzata ed esplicita della rete. Sulla base della classificazione di Provan e Kenis del 2008, già adottata nel capitolo OASI 2014 (Morando e Tozzi, 2014), i diversi modelli di *governance* sono stati classificati in:
 - *Governance* condivisa (*shared governance*) tra i professionisti attraverso l'esistenza di strumenti formalizzati.
 - Rete governata da una struttura direzionale centrale (*NAO – Network-Administrative-Organisation*) in capo alla Regione o ad un'Agenzia di mediazione e governo della rete.
 - Presenza di una struttura direzionale in capo a una organizzazione guida (*lead-organisation*), ovvero una ASL/AO/IRCCS.
3. Condizioni di funzionamento: in questo gruppo rientra l'analisi dei fattori e delle condizioni che concorrono a rafforzare l'identità della rete all'esterno, il grado di integrazione della rete, la tipologia di accordi inter-organizzativi, la distribuzione delle risorse economiche e delle competenze nella rete, la tipologia di relazioni e scambi di conoscenze. In particolare, il questionario ha indagato 17 condizioni di funzionamento (Tabella 10.1).

Tabella 10.1 **Condizioni di funzionamento delle reti**

1. Logo della rete
2. Sito internet
3. Direttore/referente della rete
4. Personale amministrativo dedicato alla rete
5. Budget dedicato alla rete per eventi/formazione/comunicazione/rimborsi spese/ecc.
6. Strumenti di reportistica periodica (interna o esterna) dei risultati della rete
7. Obbligatorietà dell'adesione alla rete per le strutture/UO
8. Inclusione di attori privati accreditati nella rete
9. Incontri o eventi formativi organizzati dalla rete e dedicati ai professionisti che vi partecipano
10. Linee guida cliniche adottate o promosse della rete
11. Sportelli di accoglienza della rete per gli utenti
12. PDTA aziendali condivisi tra le aziende della rete
13. Forme, condivise tra le aziende della rete, di multidisciplinarietà nella gestione dei casi clinici
14. Forme, condivise tra le aziende della rete, di integrazione con MMG/specialisti ambulatoriali
15. Cartella clinica e modulistica condivisa tra le aziende della rete
16. Cartella clinica e modulistica informatizzata integrata tra le aziende della rete
17. App o altri servizi mobile di rete

4. **Stadio di sviluppo della rete:** sulla base della classificazione di Mandell e Keast (2007), già adottata per OASI 2014, lo stadio di sviluppo della rete è stato così classificato: a) fase di formazione: rappresenta la genesi del progetto, in cui la rete definisce il ruolo dei soggetti coinvolti e si dota di un iniziale modello di *governance* e dei primi strumenti di integrazione che contribuiscono a creare la comunità professionale, essendo il risultato della mediazione tra professionisti, e a omogeneizzare i comportamenti; b) fase di stabilità: è caratterizzata dallo sviluppo delle relazioni di rete, dalla definizione di regole di comportamento e strumenti di integrazione condivisi (Linee guida, PDTA ecc.) e di un modello stabile di *governance* che bilanci il peso delle relazioni spontanee preesistenti alla rete; c) fase di consolidamento (o *routinizzazione*): durante la quale si rafforzano gli specifici strumenti di collaborazione in rete, al fine di velocizzare gli scambi e si definiscono gli strumenti di valutazione delle performance nella rete; d) fase di estensione: è la fase di maturità della rete, in cui si prevede l'eventuale estensione dei soggetti che partecipano alla rete o dell'oggetto della rete stessa. Questa classificazione è stata effettuata sulla base dell'auto percepito da parte dei rispondenti al questionario, ma sono stati anche considerati gli anni di longevità della rete (a partire dalla data di sua istituzione attraverso atto formale da parte della Regione) e la presenza di quelle caratteristiche che sul piano teorico connotano le fasi indicate.

Il questionario è stato distribuito tramite la piattaforma online Qualtrics, rimanendo attivo per la finestra temporale di tre mesi, da giugno a settembre

2021⁴. Il censimento è stato indirizzato al referente delle reti cliniche presente in Regione piuttosto che nell'agenzia regionale o in altro soggetto intermedio (ad esempio, Azienda Zero) a seconda delle situazioni. In caso di assenza di informazioni specifiche, il questionario è stato inviato al direttore della programmazione regionale.

2) *Approfondimento di alcuni processi di trasformazione delle reti oncologiche tramite case study*

Il capitolo propone l'analisi di tre esperienze di rete oncologica espressione di stadi evolutivi diversi: il caso della rete del Piemonte e della Valle d'Aosta, quale esempio di rete matura che da oltre 20 anni ammortizza le trasformazioni politiche e dell'assetto delle aziende sanitarie, e adesso è alle prese con il suo cambio di governance dovuto al pensionamento del professionista che ne ha rappresentato *l'integrator* fin dalla sua origine; il caso della rete della Campania, quale esempio di rete emergente che permette di riflettere sui processi di apprendimento tra reti; e, infine, il caso della rete della Calabria, come esempio paradigmatico di approccio conativo delle reti «sulla carta», in cui c'è stata una formalizzazione della rete a cui non ha fatto seguito una vera e propria implementazione.

La metodologia dello studio di caso, qui adottata, permette di valorizzare il contesto ed è strumentale a mettere in risalto un oggetto di studio selezionato permettendo una serie di generalizzazioni (Denzin e Lincoln, 2000). Ogni studio di caso è stato condotto attraverso due attività: la raccolta di materiale documentale e normativo (delibere di istituzione delle reti) e prodotto dalla rete; e la conduzione di interviste semi-strutturate ai direttori scientifici delle reti⁵.

3) *Focus group con un gruppo ristretto di esperti*

Dopo aver sviluppato l'analisi, il materiale raccolto e i risultati sia della *survey* che dei casi regionali sono stati discussi all'interno di due *focus group* che han-

⁴ Si ringrazia per aver risposto al questionario e aver contribuito al censimento: Alfonso Mascitelli per l'Abruzzo, Giuseppe Montagano per la Basilicata, Maurizia Rolli per l'Emilia-Romagna, Marisa Prezza per il Friuli-Venezia Giulia, Massimo Annicchiarico per il Lazio, Gabriella Paoli per la Liguria, Alessandro Amorosi per la Lombardia, Lolita Gallo per il Molise, Anna Orlando per il Piemonte, Ettore Attolini e Giovanni Gorgoni per la Puglia, Pierpaolo Bertoli per la Provincia Autonoma di Bolzano, Michelina Monterosso per la Provincia Autonoma di Trento, Silvano Castangia per la Sardegna, Anna Maria Abbate e Maria Grazia Furnari per la Sicilia, Simona Dini per la Toscana, Alessandro Montedori per l'Umbria, Enrico Rosso per il Veneto, Carla Fiou e Claudio Perratore per la Valle d'Aosta.

⁵ Si ringrazia per aver contribuito alle interviste e alla raccolta dati il dott. Oscar Bertetto, già Direttore della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta; il prof. Sandro Pignata, coordinatore scientifico della Rete Oncologica Campana; il dott. Giacomo Brancati del Dipartimento Tutela della salute, servizi sociale e sociosanitari per la Regione Calabria.

no visto la partecipazione di referenti Agenas, referenti delle regioni e alcuni esperti di rete clinica identificati a livello nazionale⁶.

10.3 L'implementazione delle reti cliniche da DM 70

10.3.1 I risultati della survey nazionale

Hanno risposto in modo completo al censimento 18 regioni italiane, pari all'86% delle regioni italiane: non è stato possibile condurre l'analisi in Calabria, Campania e Marche.

Complessivamente, nelle 18 regioni censite si osserva una buona diffusione delle reti cliniche previste dal DM 70/2015 (126 reti totali) con una media del 77% delle reti previste dal DM 70/2015. In dettaglio:

- ▶ un gruppo di 4 Regioni (Lazio, Lombardia, Sardegna e Veneto), pari al 22%, in cui sono state deliberate tutte le 9 reti previste dal Decreto;
- ▶ un gruppo di 8 Regioni (Abruzzo, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Piemonte, Puglia, Toscana e Umbria) con circa l'80% delle reti censibili;
- ▶ e infine, un gruppo di 6 Regioni e Province autonome (Basilicata, Molise, Provincia Autonoma di Bolzano e Trento, Sicilia e Valle d'Aosta) con un valore al di sotto dei primi due gruppi e intorno al 50% delle reti censibili (Figura 10.1).

Si sottolinea come in questo ultimo raggruppamento sono incluse anche le Regioni più piccole (Basilicata e Molise) e le due Province Autonome dove spesso la rete clinica coincide con la rete aziendale di riferimento. Si tratta di contesti nei quali il fenomeno delle reti cliniche e quello della rete di offerta sono più difficilmente distinguibili in ragione dei più ridotti bacini di popolazione a cui le regioni fanno riferimento. In tali contesti, la rete di offerta è composta da un numero molto ridotto di aziende o si sviluppa addirittura all'interno del medesimo modello gerarchico aziendale. In questo raggruppamento è inclusa anche la Valle d'Aosta in cui tre reti su quattro sono interregionali con il Piemonte (Rete oncologica, trapiantologica e delle malattie rare).

Il dettaglio relativo alle diverse reti per disciplina/condizione patologica (Figura 10.2) mostra come la rete oncologica sia la più diffusa a livello regionale

⁶ Si ringrazia per aver partecipato ai focus group e per aver contribuito alla discussione preliminare delle evidenze: Ettore Attolini, Marco Benvenuto, Manuela Tamburo De Bella, Enrico Desideri, Luciano Flor, Giovanni Gorgoni, Maria Grazia Marvulli, Alfredo Perulli, Marisa Prezza.

Figura 10.1 Reti cliniche da DM 70/2015 nelle regioni

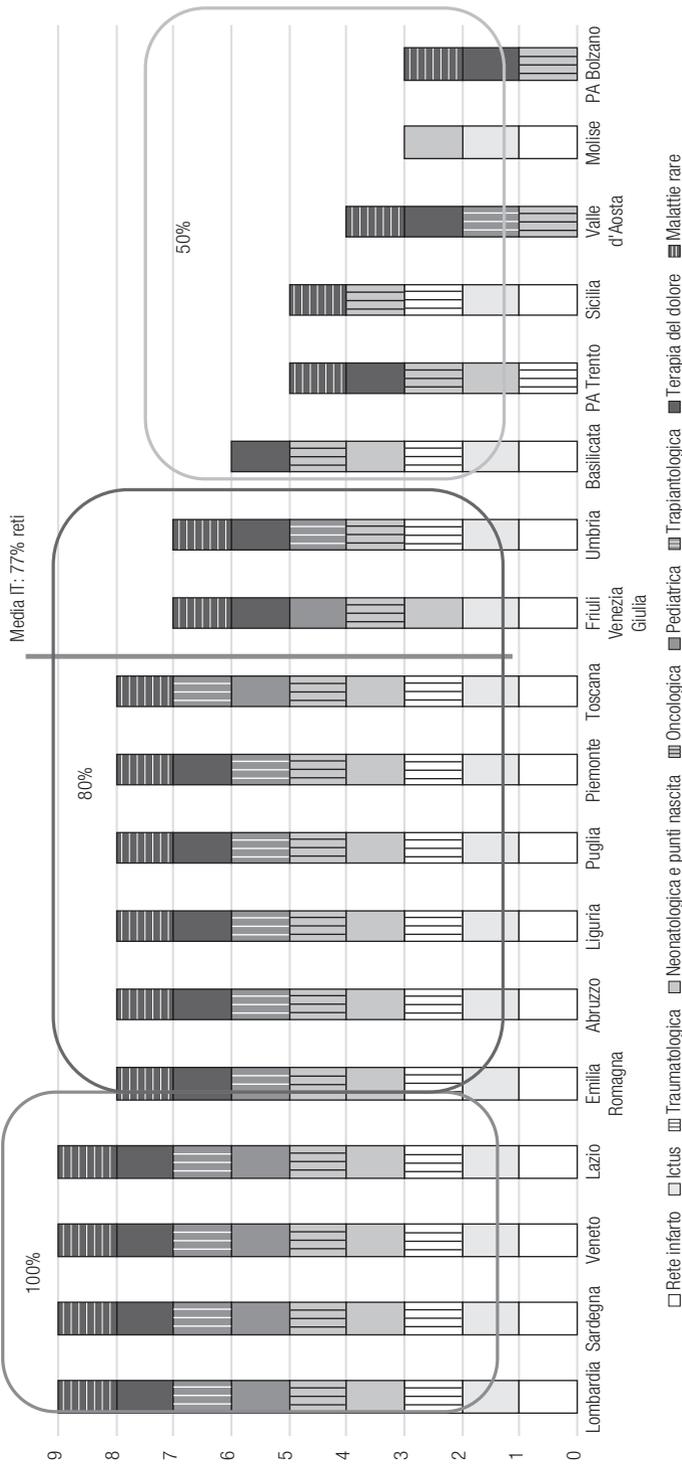
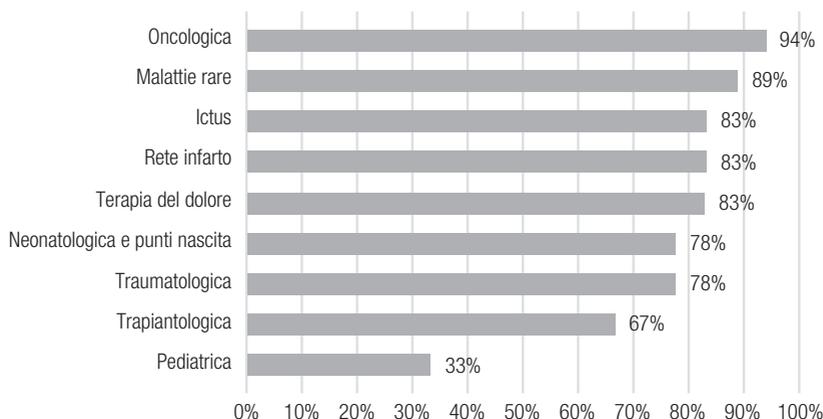


Figura 10.2 **Reti cliniche censite per patologia/disciplina**

(94% delle Regioni hanno istituito una rete oncologica ad eccezione del Molise), seguita dalla rete delle malattie rare (89%), la quale rappresenta anche una delle reti più antiche insieme alla rete ictus e infarto.

La Tabella 10.2 riporta il dettaglio delle reti censite in ogni contesto regionale.

Oltre alle reti previste dal DM 70/2015 il censimento ha permesso di identificare numerose altre reti a livello regionale prevalentemente reti di patologia (es. diabete, scompenso cardiaco, SLA, ecc.), o reti borderline tra più discipline (Tabella 10.3). Come per quelle precedenti, la presenza delle reti in ciascun contesto regionale è stata dichiarata dai rispondenti in base alla presenza di un atto formale di istituzione pur sapendo che esso è condizione necessaria ma non sufficiente rispetto all'effettiva implementazione. La Tabella 10.3 rappresenta le progettualità regionali riconducibili alla decima rete clinica proposta dal DM 70/2015 che considerava in modo indistinto le reti di area specialistica.

Anno di istituzione delle reti

Qual è stata la spinta del DM 70? Sulla base dell'anno di istituzione delle reti, il censimento ha permesso di identificare per quali patologie/reti e per quali regioni il DM 70 sembra aver avuto un maggiore impulso. Rispetto al primo aspetto (Figura 10.3), le prime reti ad essere istituite sono la rete infarto (71% pre-2015), delle malattie rare (63% pre-2015), della terapia del dolore (60% pre-2015), neonatologica e pediatria (rispettivamente 50% pre-2015). Mentre il 60% delle reti ictus, 63% rete oncologica, 64% rete traumatologica e 67% rete trapiantologica sono nate dopo il DM 70. Si tratta di una rilevazione che considera la nascita della rete in ragione della sua formalizzazione (atto istitutivo) che spesso è preceduta da una lunga progettazione e non è garanzia di attuazione. Un buon numero di reti è nato a cavallo del DM 70 (tra il 2009

Tabella 10.2 Reti istituite a livello regionale – dettaglio

	Infarto	Ictus	Traumatologica	Neonatologica e punti nascita	Oncologica	Pediatria	Trapiantologica	Terapia del dolore	Malattie rare	Totale
Abruzzo	X	X	X	X	X		X	X	X	89%
Basilicata	X	X	X	X	X			X		67%
Emilia-Romagna	X	X	X	X	X		X	X	X	89%
Friuli-Venezia Giulia	X	X		X	X	X		X	X	78%
Lazio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	100%
Liguria	X	X	X	X	X		X	X	X	89%
Lombardia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	100%
Molise	X	X		X						33%
PA Bolzano					X			X	X	33%
PA Trento			X	X	X			X	X	56%
Piemonte	X	X	X	X	X		X	X	X	89%
Puglia	X	X	X	X	X		X	X	X	89%
Sardegna	X	X	X	X	X	X	X	X	X	100%
Sicilia	X	X	X		X				X	56%
Toscana	X	X	X	X	X	X	X		X	89%
Umbria	X	X	X		X		X	X	X	78%
Valle d'Aosta					X		X	X	X	44%
Veneto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	100%
Italia	83%	83%	78%	78%	94%	33%	67%	83%	89%	77%

e il 2015) e verosimilmente i lavori erano stati già avviati pre-2015 e sono poi stati formalizzati in prossimità del DM70. In linea generale, sembra che il DM 70 abbia avuto un impulso positivo soprattutto in oncologia, traumatologia e trapiantologia.

La stessa osservazione può essere compiuta anche rispetto ai diversi contesti regionali. La Figura 10.4 evidenzia un gruppo di sei Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Provincia Autonoma di Bolzano, Umbria e Veneto) che si sono mosse prima del DM 70 su reti cliniche di contenuto diverso maturando in alcuni casi anche esperienze più che decennali (ad esempio, la rete oncologica in Piemonte). C'è un gruppo di Regioni (Basilicata, Liguria e Valle d'Aosta) che invece si collocano a ridosso del 2015 e, infine, un gruppo di Regioni (Abruzzo, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Molise, Provincia Autonoma di Trento, Puglia, Sardegna, Sicilia e Toscana) in cui la maggior parte delle reti sono nate dopo il 2015. Questa ulteriore lettura conferma quanto richiamato in precedenza, ovvero che avere una propulsione e stimolazione centrale, oltre le dinamiche istituzionali dei singoli contesti regionali, aiuta a diffondere le progettualità di rete clinica.

Tabella 10.3 **Altre reti identificate a livello regionale o provinciale**

Basilicata	Rete diabete Rete scompenso cardiaco	Lombardia	Rete ematologica Rete nefrologica Rete diabete (Ora Rete Endocrino-Diabetologica) Rete procreazione medicalmente assistita Rete udito Rete Ecmo Rete cardiovascolare Rete neuroscienze Rete reumatologica Rete diagnostica delle immagini Rete Hcv Rete infettivologica Rete medicina Interna			
Emilia-Romagna	Rete malattie emorragiche congenite Rete anemie emolitiche ereditarie Rete glicogenosi Rete fibrosi cistica Rete sindrome di Marfan Rete malattie rare scheletriche Rete malattie rare pediatriche Rete malattie metaboliche ereditarie Rete neurofibromatosi Rete lesioni midollari Rete sclerosi multipla Rete SLA Rete epilessia Rete gravi cerebrolesioni Rete emergenza-urgenza cardiologica e chirurgica cardiovascolare Rete cardiologia interventistica strutturale Rete centri di senologia Rete trattamento neoplasia ovarica Rete trattamento con CAR-T Rete cure palliative Rete cure palliative pediatriche	Provincia Autonoma di Trento	Rete cronicità e non autosufficienza Rete riabilitativa provinciale Rete cure palliative Rete cure palliative e terapia del dolore pediatrica Rete clinica disturbi cognitivi e demenze Rete Breast Unit Rete odontoiatria			
	Friuli-Venezia Giulia	Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti Rete filiera rene Rete filiera fegato Rete filiera cuore Rete emergenza urgenza Rete assistenza al paziente con malattia reumatica Rete cure sicure Rete della medicina di laboratorio Rete insufficienza cardiaca cronica Rete infettivologica Rete HPH Dec ASAO Rete gravi cerebrolesioni acquisite Rete disturbi del comportamento alimentare Rete della cronicità	Puglia	Rete Parkinson Rete talassemia Rete ematologica Rete reumatologica Rete cure palliative Rete anatomia patologica Rete delle Breast Unit Rete Cr. polmone Rete Cr. prostata Rete Cr. colon-Retto Rete Cr. utero		
		Lazio	Rete malattie infettive Rete trasfusionale Rete chirurgia della mano Rete endocrino-metabolica	Sardegna	Rete di cure palliative	
			Liguria	Rete cure palliative Rete cure palliative e terapia del dolore pediatriche	SICILIA	Rete emorragie digestive Rete malattie infiammatorie intestino Rete fibrosi cistica
					Toscana	Emergenza intraospedaliera
				Veneto	Rete trasfusionale Rete urgenze endoscopiche Rete neurolesioni gravi Rete diabetologia Rete oncoematologia pediatrica Rete endocrinologia Rete ematologia Rete obesità Rete incontinenza urinaria e fecale Rete Breast Unit Rete anatomia patologica e diagnostica molecolare Rete infettivologia	

Figura 10.3 Anno istituzione della rete: quale impulso da DM 70/2015

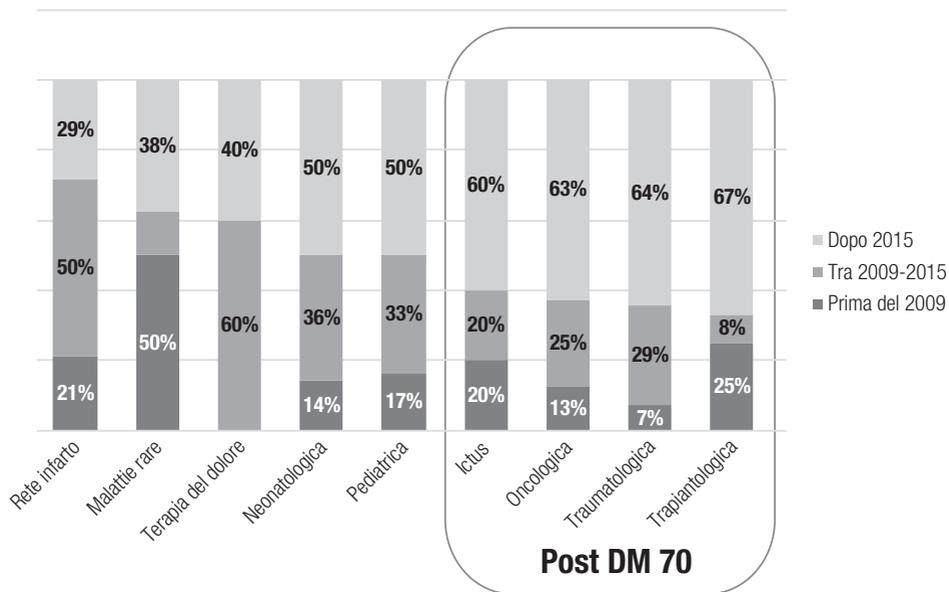
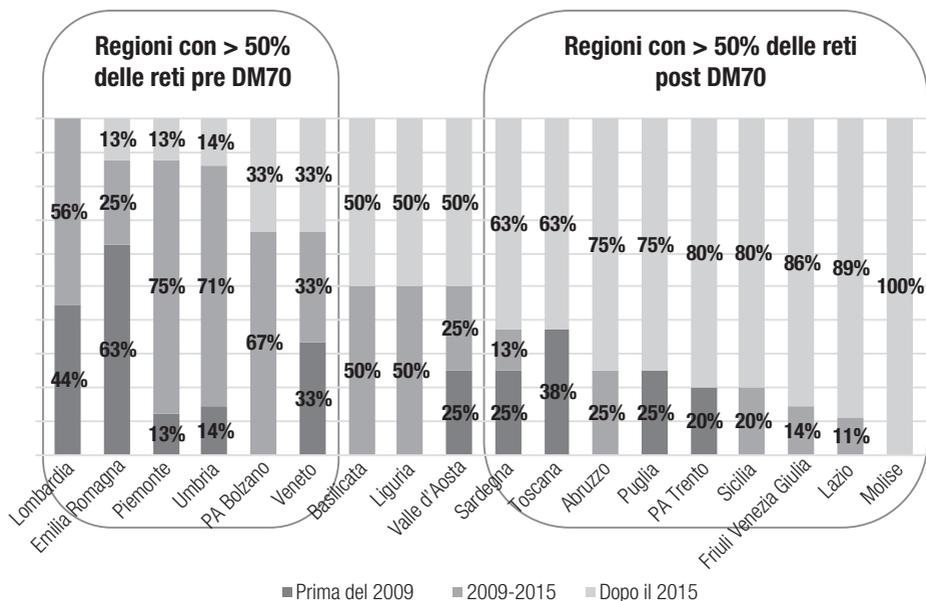


Figura 10.4 Anno di istituzione delle reti per Regione



Modello di governance delle reti

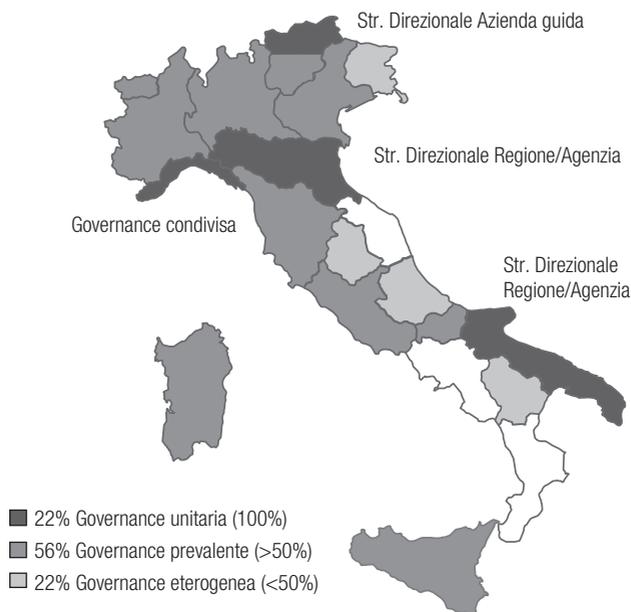
L'analisi dei modelli di governance delle reti, che riprende le configurazioni introdotte in apertura del contributo (§10.2), fa emergere un quadro eterogeneo di assetti sia tra reti della medesima patologia/disciplina che tra reti cliniche di contenuto diverso presenti nel medesimo contesto regionale.

Nel 45% delle Regioni la *governance* delle reti è in capo ad una struttura direzionale della Regione o in capo ad una agenzia a livello regionale, interpretando così la fattispecie del *Network Administrative Organisation*; sebbene possa apparire di difficile gestione, il 23% dichiara un assetto istituzionale di *shared governance* tra i professionisti attraverso l'esistenza di strumenti formalizzati, mentre nel 18% dei casi è prevista una azienda con funzione di "guida" che si pone come polo di riferimento della rete e intermedia il rapporto tra la Regione e le altre aziende sanitarie (*lead organisation*). Infine, il dato più singolare (che desta anche qualche preoccupazione) è che il 15% delle reti non presenta alcun modello di *governance*. In questo ultimo caso, è verosimile che il fenomeno delle reti cliniche venga del tutto sovrapposto a quello delle reti aziendali di offerta risolvendo le questioni di *governance* della rete clinica attraverso le scelte sugli assetti istituzionali della rete di aziende sanitarie.

L'eterogeneità non riguarda solo il confronto tra regioni, infatti, anche all'interno della stessa regione convivono modelli di *governance* differenti (Figura 10.4). Solo nel 22% delle Regioni (Liguria, Emilia-Romagna, Puglia e Provincia Autonoma di Bolzano) esiste un modello di *governance* unitario che implica che sulle reti cliniche censite si osservano le medesime configurazioni di *governance*. In questo caso le regioni hanno "interiorizzato" gli assetti istituzionali delle reti rifacendosi alla configurazione di *Network Administrative Organisation*, è il caso per esempio della Puglia e dell'Emilia-Romagna che riportano la *governance* delle loro reti cliniche all'interno dell'Agenzia regionale. La Provincia Autonoma di Bolzano, che ha una sola azienda sanitaria di riferimento, specializza sulle reti alcune sue tecnostutture. Infine, singolare è il caso della Liguria in cui per tutte le reti è adottato un modello di *shared governance*.

Nel 56% delle Regioni è possibile identificare un modello di *governance* prevalente, ovvero un modello comune a più del 50% delle reti a livello regionale, mentre in un restante 22% delle regioni è presente una *governance* eterogenea in cui i diversi modelli di *governance* convivono.

Non stupisce l'eterogeneità degli assetti istituzionali delle reti soprattutto nei contesti più popolosi e per condizioni di salute molto diverse (ad esempio, reti tempo dipendenti vs reti non tempo dipendenti). La questione che si sottolinea è che in contesti in cui le configurazioni di *governance* tra le reti cliniche regionali sono identiche o poco varie è relativamente più semplice presidiare la coerenza tra le scelte sui modelli generali di offerta e quelli specifici per determinati target di popolazione. Alche sul piano delle politiche si osserva

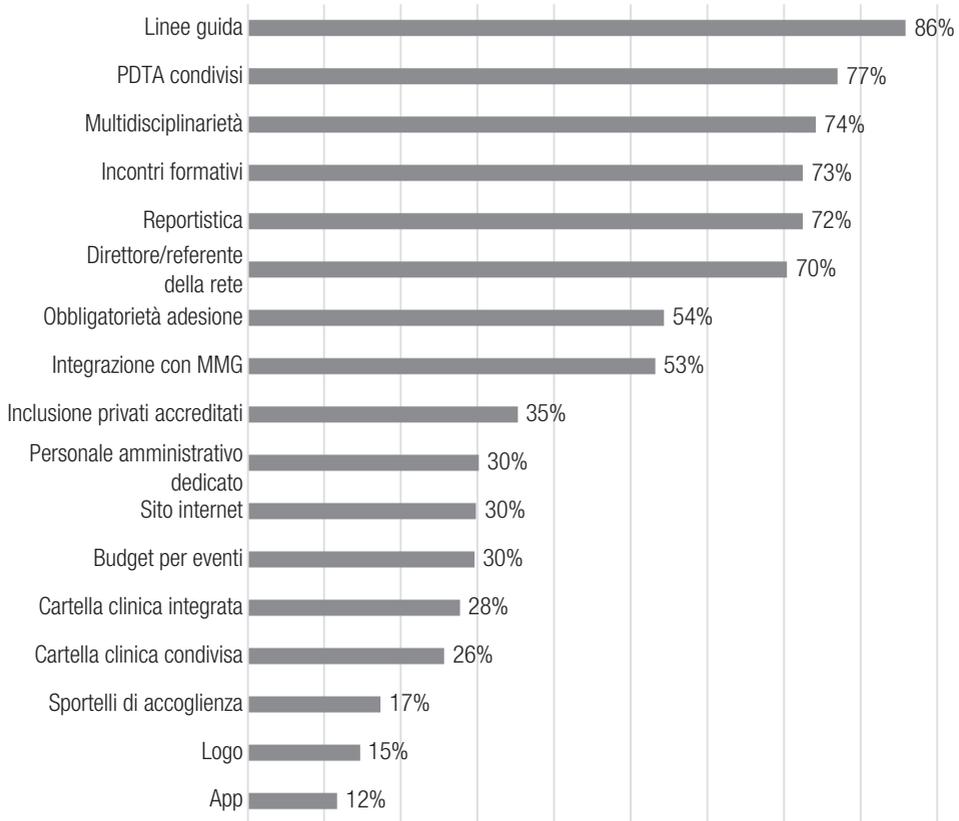
Figura 10.5 **Modello di governance delle reti a livello regionale**

la medesima situazione: le scelte relative alle politiche di tutela della salute di specifiche popolazioni (oggetto delle reti cliniche) si inseriscono e rappresentano quelle più ampie sulla popolazione generale a cui si rivolge la Regione se essa ne detiene la *governance* attraverso configurazioni omogenee o poco varie.

Le condizioni di funzionamento delle reti

Dall'analisi dei questionari emerge come le principali condizioni di funzionamento delle reti abbiano a che fare con (Figura 10.6):

1. Gli strumenti di allineamento professionale quali i PDTA e le linee guida, che consentono forme di allineamento tra i professionisti sulle diverse fasi di diagnosi, terapia e follow-up.
2. La rappresentanza istituzionale della patologia/disciplina: nel 70% delle reti è ancora forte la definizione di un referente/responsabile della rete come elemento chiave nello sviluppo della stessa. Questo implica una forma di leadership di tipo istituzionale nella misura in cui intermedia tra le scelte dei sistemi regionali e gli accadimenti che interessano maggiormente la comunità dei professionisti. La conoscenza specifica di alcuni dei contesti censiti consente di sottolineare come il ruolo dell'*integrator* sia in qualche modo espressione di una comunità che è riuscita a conciliare le spinte competitive verso forme di collaborazione rappresentate anche dal progetto di rete. Questo fenomeno è largamente legato alle caratteristiche dei singoli professionisti.

Figura 10.6 **Le condizioni di funzionamento delle reti**

3. Gli strumenti operativi di rete, quali report periodici su come funziona la rete, la presenza di modulistica o di una cartella clinica condivisa e/o informatizzata che permette di condividere informazioni sul singolo caso, ma anche la formazione del personale della rete e la realizzazione di eventi di rete per creare quel senso di comunità tra i diversi professionisti coinvolti.
4. Anche se con meno enfasi degli altri, si stanno diffondendo modelli di organizzazione condivisi, quali forme di multidisciplinarietà, sportelli di accoglienza e punti unici di accesso alla rete. Inoltre, tutte le reti si stanno cimentando, con successi differenziati anche rispetto alle forme di integrazione con il territorio (es. territorializzazione del follow-up) anche se non ci sono ancora esempi compiuti di questi processi. La rete clinica fa fatica a proporre modelli organizzativi unitari nelle diverse realtà aziendali e tra le diverse discipline in quanto l'eterogeneità è sensibilmente cresciuta.
5. Infine, una delle condizioni di funzionamento delle reti attiene alla creazione del senso di comunità: attraverso l'organizzazione di eventi di rete o incontri formativi, la definizione di un logo o di un sito internet. La diffu-

Tabella 10.4 **Condizioni di funzionamento delle reti a confronto**

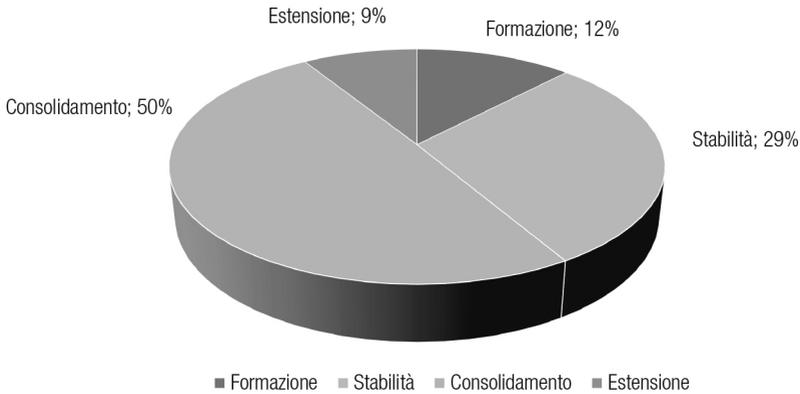
Strumenti	Rete tempo-dipendente: Ictus	Rete Oncologica
Linee guida cliniche adottate o promosse della rete	93%	76%
PDTA aziendali condivisi tra le aziende della rete	80%	88%
Forme di multidisciplinarietà	67%	88%
Incontri o eventi formativi organizzati dalla rete	73%	76%
Report sui risultati della rete	67%	71%
Direttore/referente della rete	60%	71%
Obbligatorietà adesione alla rete per le strutture/UO	47%	53%
Forme di integrazione con MMG	40%	53%
Inclusione di attori privati accreditati nella rete	33%	41%
Sito internet	13%	53%
Personale amministrativo dedicato alla rete	13%	35%
Cartella clinica e modulistica informatizzata integrata	20%	29%
Budget per eventi/formazione	13%	29%
Sportelli di accoglienza alla rete	0%	41%
Cartella clinica e modulistica condivisa tra le aziende della rete	20%	6%
Logo	0%	29%
App o altri servizi mobile di rete	7%	12%

sione di un sito o logo della rete è sicuramente più frequente nelle reti di più recente istituzione. Questo suggerisce che le reti richiedono manutenzioni e investimenti ordinari e la necessità di dover mettere mano periodicamente e aggiornare i progetti di rete.

La Tabella 10.4 mostra quanto le condizioni di funzionamento siano sostanzialmente omogenee tra reti differenti: la rete oncologica quale esempio di rete disciplinare e pluripatologica, e la rete ictus quale esempio di rete tempo-dipendente tra le più diffuse. Dal confronto emergono alcune differenze fisiologiche connesse con le patologie trattate. Per esempio, il ruolo della multidisciplinarietà o la disponibilità di un sito internet nell'indirizzare la popolazione o di punti unici di accesso alla rete hanno una valenza diversa in una rete oncologica rispetto ad una rete tempo-dipendente che è basata sulla tempestività dell'intervento. Inoltre, in una rete di patologia le condizioni operative dipendono largamente dalla malattia e dall'organizzazione dell'UO/disciplina di riferimento, è quindi tendenzialmente più facile avere personale dedicato o strumenti informatici condivisi, al contrario in una rete di disciplina (pluripatologica) in cui occorre combinare più percorsi di patologia (es. personale per il tumore della mammella e del polmone) rispetto alla singola condizione patologica.

Stadio di sviluppo delle reti

Larga parte delle reti censite (50%) sono nella fase di consolidamento (Figura 10.7), poiché stanno diventando *managed*, acquisendo una *governance* esplici-

Figura 10.7 **Stadio di sviluppo delle reti**

ta e strumenti condivisi di integrazione. Per esempio, la reportistica periodica dei risultati della rete diventa stabile e non occasionale e si svolgono determinati percorsi formativi di rete.

Il 29% delle reti è in fase di stabilità, ovvero le relazioni di rete stanno diventando più stabili, le regole di comportamento degli attori nella rete e gli strumenti di integrazione condivisi (PDTA/Linee guida) sono in fase di codifica e viene definito il modello di *governance*.

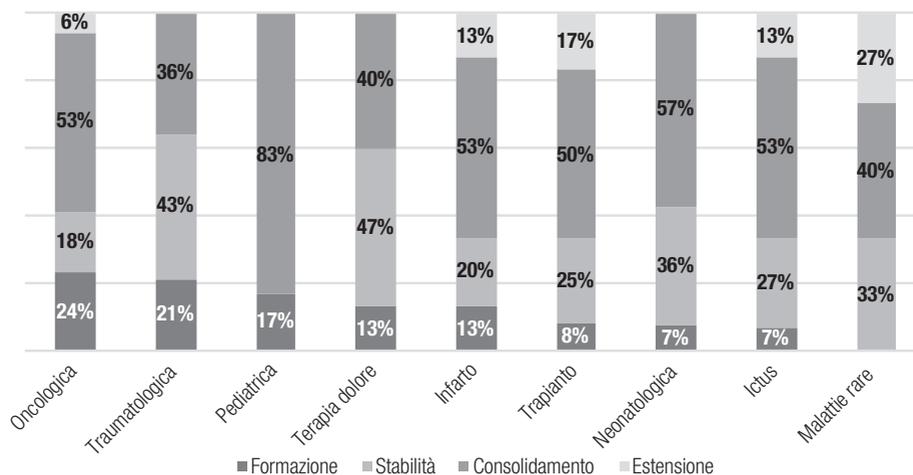
Il 12% delle reti è ancora in una fase di formazione, ciò significa che il progetto di rete è appena nato ed è in fase di condivisione a livello politico e istituzionale.

Solo il 9% delle reti, in media quelle più antiche (per esempio le reti malattie rare) sono nella fase di estensione. La rete in questo stadio coinvolge un numero sempre crescente di soggetti (professionisti di discipline differenti, condivisione con le associazioni pazienti e con il terzo settore, ecc.).

La Figura 10.8 permette di leggere lo stadio di sviluppo a seconda della tipologia. Le reti oncologiche, nate nella stragrande maggioranza dei casi dopo il DM 70, nel 24% sono ancora in una fase di formazione, l'83% delle reti pediatriche sono in fase di stabilizzazione, mentre le reti più storiche (malattie rare, ictus, trapianto e infarto) in diversi contesti sono già in fase in estensione.

10.3.2 I risultati dalla rilevazione Agenas

Come anticipato, si riporta di seguito a beneficio dei lettori di OASI una sintesi dei principali risultati delle rilevazioni Agenas sulle reti cliniche e sulle reti oncologiche pubblicate nel 2021. Agenas, nel contesto del mandato del DM 70/2015, ha istituito nel 2019 l'Osservatorio per il Monitoraggio delle Reti Oncologiche Regionali (ROR) con funzioni di analisi, misurazione e valutazione sullo stato di implementazione delle linee di indirizzo nei vari contesti regionali. Esso ha

Figura 10.8 **Stadio di sviluppo delle reti. Dettaglio per singola rete**

sviluppato una metodologia articolata in tredici gruppi di lavoro, con il coinvolgimento di professionisti e rappresentanti delle principali istituzioni. Sono nate così linee guida⁷ e metodologie per la valutazione delle reti oncologiche. Parallelamente, l’Agenzia ha avviato un’indagine nazionale sulle Reti cliniche tempo-dipendenti, con un focus particolare sulle reti cardiologica per l’emergenza, ictus, trauma e neonatologica e dei punti nascita. Il lavoro è ampio e di interesse⁸ e offre una prospettiva integrativa all’analisi sopra esposta, soprattutto con riferimento alle condizioni di funzionamento e allo stadio di sviluppo delle reti.

L’indagine nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche regionali, realizzata nel secondo semestre 2020, ha analizzato 142 item suddivisi in quattro aree tematiche: a) struttura di base: include le caratteristiche di *governance*, organizzative e di risorse strutturali, di personale, tecnologiche ed economiche, che rappresentano l’infrastruttura della rete; b) meccanismi operativi: riferiti al funzionamento delle reti ovvero ai processi assistenziali (presa in carico, PDTA, ecc.) di supporto (formazione) e strategico-gestionali (verifica e monitoraggio); c) processi sociali: integrazione tra i professionisti e gli operatori; d) risultati: dati di processo e di esito e grado di soddisfazione dei cittadini. Per ogni rete oncologica viene determinato un indice sintetico in percentuale per ognuna delle quattro aree ed un Indice Sintetico Complessivo (ISCO) per la Rete Oncologica Regionale. La Tabella 10.5 riporta i risultati dei

⁷ In particolare, il documento del 2019 “Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l’attività ospedaliera per acuti e post acuti con l’attività territoriale” recepito dall’Accordo della Conferenza Stato Regioni del 17/4/2019.

⁸ Agenas (2021) Quarta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle R.O.R.; Agenas (2021) II Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle reti tempo-dipendenti, disponibili sul sito agenas.gov.it.

Tabella 10.5 **I risultati dell'indagine Agenas sullo stato di attuazione delle reti oncologiche (valori %)**

	Struttura di base	Meccanismi operativi	Processi sociali	Risultati	ISCO
Abruzzo	39,00	58,00	20,00	38,00	38,70
Basilicata	26,00	8,00	–	2,00	9,30
Calabria	47,00	69,00	60,00	66,00	60,40
Campania	86,00	71,00	60,00	60,00	69,30
Emilia-Romagna	73,00	84,00	80,00	69,00	76,60
Friuli-Venezia Giulia	33,00	27,00	–	6,00	16,60
Lazio	60,00	43,00	60,00	43,00	51,40
Liguria	88,00	81,00	40,00	91,00	75,10
Lombardia	40,00	57,00	60,00	33,00	47,50
Marche	53,00	71,00	60,00	36,00	55,10
Molise	11,00	21,00	–	2,00	8,40
PA Bolzano	52,00	62,00	60,00	51,00	56,20
PA Trento	29,00	43,00	60,00	69,00	79,84
Piemonte	86,00	84,00	100,00	91,00	90,00
Puglia	68,00	46,00	40,00	27,00	45,10
Sardegna	67,00	43,00	80,00	46,00	59,00
Sicilia	37,00	41,00	40,00	33,00	37,60
Toscana	91,00	84,00	80,00	79,00	83,50
Umbria	58,00	75,00	60,00	44,00	59,20
Valle d'Aosta	72,00	89,00	80,00	79,00	80,04
Veneto	98,00	92,00	60,00	69,00	79,84
Italia	57,81	59,48	52,38	46,90	54,13

Fonte: Agenas (2021) Quarta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle R.O.R

diversi indici e dell'ISCO. Se la media nazione è 54,13 secondo l'indice elaborato, il Piemonte è 90,00 (la Valle d'Aosta 80,04 pur condividendo il medesimo modello e *governance* in un sistema regionale monoaziendale), il Veneto 79,84 e la Toscana 83,50, ma la Calabria 60,40 a fronte della Puglia 45,10 o della Campania 69,30 e del Friuli-Venezia Giulia a 16,60.

Dall'indagine emerge come la maggior parte delle Regioni abbiano formalizzato la rete e previsto una funzione di coordinamento e meccanismi di integrazione interistituzionale. Inoltre, con riferimento agli strumenti operativi di rete, risultano previsti in tutte le regioni percorsi di cura integrati e nella maggior parte dei casi PDTA strutturati, équipe multidisciplinari e sistemi informativi integrati tra le strutture della rete. Un rilevante numero di regioni dichiara inoltre di aver implementato strumenti di monitoraggio sistematico dell'aderenza ai percorsi, dei comportamenti clinici e degli esiti. Diverse, tuttavia, sono le aree ancora da sviluppare, tra queste figurano ad esempio la presenza di meccanismi incentivanti/disincentivanti nel governo della casistica

per patologie complesse, la presenza di finanziamenti ad hoc per la ricerca, la valutazione della soddisfazione dei pazienti e del benessere degli operatori, o la presenza di un sito internet della rete⁹.

Anche per le reti tempo dipendenti è stata costruita una rilevazione simile (41 item per 3 aree tematiche): nella maggior parte delle regioni si riscontra un buon livello di formalizzazione delle reti in termini di organizzazione e *governance*. Emergono al contempo importanti margini di miglioramento per quanto riguarda l'individuazione di sistemi informativi integrati, i diversi meccanismi di integrazione operativa, i PDTA, ecc. Inoltre, tranne qualche eccezione, non sono previsti finanziamenti ad hoc per il funzionamento delle reti. In alcune reti, quali quella neonatologica e dell'ictus, l'attività di misurazione dei risultati è maggiormente sviluppata. Infine, risulta interessante notare come le reti, nell'80% dei casi, abbiano contribuito a definire piani per la gestione dei pazienti durante la fase pandemica.

Emerge una evidente concordanza in merito al peso rilevante attribuito anche dall'indagine Agenas degli strumenti di tipo professionale (linee guida, PDTA, ecc.). L'indagine condotta dall'agenzia appare di grande interesse nella misura in cui raccoglie un numero molto ampio di osservazioni in una prospettiva esplorativa, relegando la fase interpretativa alla misurazione attraverso un indicatore che compara le realtà regionali basandosi sull'autodichiarazione.

10.4 Le trasformazioni delle reti oncologiche

Come anticipato, l'affondo sulle reti oncologiche riguarda anzitutto il caso della rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta (ROP) che ha completato la fase di estensione accogliendo al suo interno anche la rete ematologica, raccolto l'adesione di tutte le aziende sanitarie pubbliche e anche quelle private accreditate attraverso definite condizioni per la loro partecipazione al network pubblico. La seconda rete è quella della Campania (ROC) che in tempi molto celeri si è svezata dalla fase di formazione ed è in quella di stabilizzazione rafforzando progressivamente le regole del gioco di rete tra soggetti aderenti. La terza è quella della Calabria in costante fase di formazione per via della recente delibera che rivede l'assetto precedente e l'assenza di un modello organizzativo di riferimento.

⁹ Tuttavia, rimangono perplessità rispetto all'affidabilità delle risposte di alcune Regioni, quali ad esempio la Calabria, in cui – come illustrato al paragrafo 10.4.3 – la rete oncologica non è mai stata avviata. Probabilmente tali incongruenze potranno essere risolte nelle future edizioni dell'indagine.

10.4.1 La rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta: verso una fase di estensione

Le caratteristiche della rete

L'esperienza della ROP e la sua evoluzione sono già stati illustrati nei Rapporti OASI 2010 e 2014, che qui riprendiamo per sommi capi evidenziandone gli aggiornamenti. La rete nasce nel 2001 per favorire il governo clinico e la presa in carico dei pazienti, promuovere la qualità delle cure, e favorire e coordinare l'attività di ricerca e di formazione. Fin dagli esordi l'AOU S. Giovanni Battista le Molinette ha avuto un ruolo pivotale, in quanto unica scuola di specializzazione in oncologia regionale alla fine degli anni '90; infatti tra i fini originari della ROP vi era quello di sviluppare la disciplina su tutto il territorio regionale attraverso la diffusione di unità organizzative di Oncologia Medica.

Fino al 2010 la rete è stata strutturata in poli oncologici attivi nelle diverse ASL guidati dal centro di riferimento regionale attivo presso il Dipartimento di Oncologia dell'AOU Molinette. Il coordinamento della rete era in capo all'Agenzia Regionale Sanitaria, ed era presente un direttore scientifico della rete che coincideva con il direttore del Dipartimento dell'AOU Molinette. In seguito, a partire dal 2010, la ROP è divenuta invece un dipartimento funzionale interaziendale e interregionale, e i poli oncologici sono stati accorpati a livello delle cinque aree vaste. La *governance* della ROP era rappresentata dall'Unità di Coordinamento delle Rete (UCR) e da un direttore della rete: l'UCR era rappresentativa di tutti i poli/aree, delle categorie professionali (inclusi i MMG), delle associazioni dei pazienti e degli organismi regionali (Direzione Generale Sanità e Assessorato). Il budget della ROP era inserito all'interno del budget dell'AOU Molinette, e il direttore del Dipartimento, dedicato *full time* all'attività di rete, era nominato dall'AO Molinette di concerto con l'UCR e la Direzione Generale Sanità regionale. Il direttore ha mantenuto nel corso del tempo il ruolo che in letteratura è detto *integrator* nella misura in cui, oltre a dialogare con i clinici, integrava le istanze di questi ultimi con quelle del livello politico istituzionale.

Nel luglio 2021 (DGR 11-3586 del 23/7/21) la rete è stata profondamente riorganizzata, prevedendo un nuovo modello di *governance* e un finanziamento diretto da parte della Regione. È stata infatti istituita una Autorità Centrale di Coordinamento, costituita da un Coordinatore responsabile degli indirizzi strategici, da un Coordinatore dell'Area Ospedaliera e un Coordinatore dell'Area Territoriale. In particolare, tra gli obiettivi risulta quello di potenziare maggiormente l'integrazione ospedale-territorio nell'assistenza oncologica e di rafforzare l'afferenza al Dipartimento Salute favorendo la coerenza tra gli obiettivi di programmazione regionale, gli obiettivi ai Direttori Generali delle aziende e gli obiettivi di rete. I componenti dell'Autorità Centrale di Co-

ordinamento non riceveranno remunerazione e opereranno part time presso la stessa. L'Autorità ha sede presso la Città della Salute di Torino, dove sarà supportata da una segreteria dedicata, e tra le diverse responsabilità sarà chiamata a redigere il Piano Triennale della Rete Oncologica e a promuoverne l'implementazione. È stato inoltre istituito un Comitato Scientifico, presieduto dal Coordinatore, i cui componenti sono nominati dal Dipartimento Salute e sono rappresentativi delle diverse discipline e professioni operanti nella rete.

Da un punto di vista operativo, la ROP ha rappresentato finora un esempio di rete, come frequentemente accaduto per le esperienze partite agli inizi del 2000, che ha definito un modello di organizzazione per alcuni servizi cruciali per la presa in carico oncologica: l'accesso e la multidisciplinarietà. Infatti, un elemento che contraddistingue la ROP sono i Centri di Accoglienza e Servizi (CAS), a cui vengono indirizzati i pazienti da MMG e specialisti in caso di forte sospetto clinico. Sono collocati in tutte le sedi in cui vi è una UO di Oncologia Medica e sono aperti uno o più giorni a settimana, in funzione dei fabbisogni territoriali, mettendo a disposizione le competenze di un infermiere, di un operatore amministrativo e di un oncologo. Essi rappresentano il punto di accesso alla rete e si occupano dell'avvio in tempi certi e secondo modalità condivise dell'iter diagnostico, della valutazione dei fabbisogni infermieristici e della fragilità sociale o psicologica, della prenotazione delle prestazioni – in alcuni casi anche attraverso agende dedicate – e della richiesta di esenzione, ecc. Nei CAS è, infatti, presente un medico, abitualmente un oncologo – ma nei centri più grandi e per i casi più complessi anche uno specialista d'organo – affiancato da un infermiere, da un operatore amministrativo e da uno psicologo. Sono ad oggi presenti 42 CAS in tutta la regione, dei quali 39 sono coordinati da medici e tre da infermieri.

Altro tassello costitutivo della rete sono i Gruppi Interdisciplinari di Cure (GIC) di patologia, in cui sono presenti un referente medico, un referente infermieristico e un referente amministrativo e che si occupano di discutere e prendere in carico i casi più complessi. Al fine di incentivare le aziende allo sviluppo di tale attività multidisciplinare, la ROP ha previsto che il rimborso per la visita effettuata in un GIC sia superiore a quello delle visite specialistiche individuali; inoltre, l'attività nel GIC dà diritto a crediti ECM per i professionisti coinvolti.

I PDTA della rete non sono finora sviluppati a livello regionale, bensì a livello di area vasta, da alcuni degli specialisti attivi nei GIC. Tutti i processi di socializzazione delle scelte di rete, tra cui anche i PDTA realizzati nei diversi poli, vengono condivisi attraverso incontri dedicati o momenti formativi oppure attraverso il portale web della ROP che oltre a essere una fonte di informazione e di orientamento per il paziente è una piattaforma condivisa per gli operatori della rete.

Lo stadio di sviluppo

La ROP rappresenta la rete oncologica più matura nel panorama nazionale e ha costituito un punto di riferimento per diverse esperienze in altre regioni. Ha potuto consolidarsi nel tempo grazie in particolare alla storica coesione della comunità professionale degli oncologi, favorita dalla continuità della figura di vertice della rete, capace di svolgere un reale ruolo di propulsore e *integrator*.

Diverse però sono le sfide che la contraddistinguono in questa fase. Anzitutto, la ROP sta affrontando una delicata fase di revisione istituzionale a motivo della recente riorganizzazione, che prevede una sostanziale ridefinizione anche dell'AOU Città della Salute nel governo della rete; e a motivo del passaggio di testimone nel governo, visto il recente pensionamento di colui che aveva costruito e diretto la rete negli ultimi vent'anni e svolto un ruolo chiave nel percorso di crescita e di progressiva evoluzione dei modelli organizzativi e di *governance*. Questi fenomeni inquadrano una fase di estensione che la ROP sta vivendo ridisegnando non solo i suoi assetti, ma anche affrontando temi del tutto nuovi quali l'oncologia di precisione, l'adozione sempre più ampia dell'immunoterapie e la gestione delle Car-T poiché la ROP contempla anche la rete ematologica al suo interno. Si tratta di una fase di cambiamento che quindi non riguarda solo la configurazione e la *governance* della rete ma anche la disciplina nel suo insieme che tradizionalmente in Piemonte ha sviluppato i suoi dibattiti evolutivi in seno alla ROP.

In secondo luogo, la ROP è chiamata a consolidare ulteriormente i sistemi operativi di rete, in particolare i CAS e i GIC. Ad esempio, nonostante siano attivi da diversi anni, la quota di pazienti che transitano dai CAS varia ancora notevolmente a seconda dei territori e delle patologie: se è quasi il 100% per il tumore della mammella risulta invece meno del 50% per i tumori urologici.

Il ruolo della rete nella gestione dell'epidemia

Come molte altre regioni anche il Piemonte ha visto durante l'epidemia una riduzione importante dell'attività oncologica, soprattutto in ambito chirurgico (meno 15% dei RO chirurgici oncologici). A ciò ha contribuito anche l'aver identificato la maggior parte delle strutture della rete come ospedali Covid e l'aver coinvolto gli oncologi e gli altri operatori della rete nei turni delle unità operative Covid.

Tuttavia, la presenza della rete ha facilitato una risposta coerente a beneficio dei pazienti oncologici. Fin dalle prime avvisaglie dell'epidemia, e in anticipo rispetto alle disposizioni regionali, il coordinamento della rete ha dato indicazioni perché l'accesso ai CAS fosse consentito solo a seguito di verifica di assenza di sintomi riconducibili al Covid, e presto sono stati digitalizzati alcuni processi affinché potessero essere svolti online, in particolare gli incontri dei GIC. L'esistenza della rete ha facilitato la capacità di trovare soluzioni per spo-

stare pazienti tra aziende e territori. A titolo di esempio, numerosi pazienti in attesa di un intervento di chirurgia oncologica nel territorio di Alessandria, in cui l'attività è stata fortemente rallentata dal momento che diversi professionisti erano infetti da Covid, sono stati indirizzati presso strutture pubbliche e private di altre province. Infine, la rete era inoltre coordinata con le altre reti oncologiche aderenti al Progetto Periplo per confrontare le modalità di risposta alla pandemia.

10.4.2 La rete oncologica della Campania: verso una fase di stabilità

Le caratteristiche della rete

La ROC è stata istituita nel settembre 2016 dalla Regione Campania con l'obiettivo di garantire la multidisciplinarietà nelle decisioni diagnostiche e terapeutiche, facilitare la presa in carico dei pazienti oncologici attraverso una piattaforma informatica e garantire l'attivazione dei servizi di continuità di cura sul territorio, contribuendo a ridurre la migrazione sanitaria per le cure oncologiche.

La rete si articola nei dieci centri di riferimento per la diagnosi, cura e follow-up (i sei CORP – Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici e i quattro CORPUS – Centri Oncologici di Riferimento Regionali con attività specifica in campo oncologico, che all'attività clinica affiancano quella di ricerca insegnamento) e nelle sette ASL, presso cui sono attivi i centri per le cure di I livello, oltre che gli hospice, le strutture per la terapia del dolore e le cure domiciliari. Il coordinamento della rete è affidato alla Direzione Generale dell'IRCCS Istituto Tumori di Napoli Fondazione G. Pascale, a cui si affianca un Responsabile Scientifico. Alla Cabina di Regia della rete partecipano invece la Regione, i DG di tutte le Aziende ospedaliere e ASL coinvolte, oltre che rappresentanti dei farmacisti e i responsabili dei Registri Tumori.

La rete ha oggi attivi 24 PDTA unici regionali per patologia, oltre che linee guida operative specifiche per l'attività radioterapica, la refertazione anatomo-patologica, ecc. I PDTA sono redatti da gruppi di lavoro multidisciplinari e approvati dalle direzioni aziendali, dalle società scientifiche (AIOM e CIPOMO) e dalle associazioni di pazienti (FAVO), e vengono aggiornati annualmente. Particolare attenzione è posta nella verifica da parte del coordinamento della rete del rispetto degli standard di tempi di attesa previsti dai PDTA.

I PDTA per patologia prevedono che in presenza di diagnosi oncologica il paziente venga segnalato dal MMG o dal professionista che opera in ospedale o sul territorio e assegnato a un Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM). I GOM sono coordinati da un oncologo medico affiancato da un case manager, che a seconda del volume di attività è impegnato full time o part time. I GOM sono coinvolti nella definizione degli approfondimenti diagnostici e nel primo inquadramento terapeutico di ogni caso, ed eventualmente nelle scelte

terapeutiche più complesse successive. La partecipazione ai GOM è obbligatoria per tutte le strutture che svolgono attività oncologica. Presso ogni CORP/CORPUS sono attivi i GOM di specifica competenza di ciascun centro, a cui si affiancano GOM interaziendali tra professionisti che operano in diversi CORP/CORPUS, o tra professionisti di CORP/CORPUS e professionisti delle ASL. Sono ad oggi attivi circa 220 GOM, di cui 55 interaziendali. A seguito della valutazione multidisciplinare il paziente viene preso in carico e seguito dalla/e struttura/e di riferimento per l'intero percorso diagnostico-terapeutico e il follow up. Ove necessario, il GOM ha la possibilità di attivare servizi di tipo territoriale (es. ADI o hospice) delle ASL.

A supporto dell'attività dei GOM e più in generale della gestione integrata dei pazienti, la rete ha sviluppato una piattaforma informatica che invia ai GOM, gestisce la presa in carico raccogliendo informazioni sia cliniche che amministrative e il riaffido del paziente al territorio a seguito della terapia.

Inoltre, dal 2019 la ROC ha attiva una collaborazione con il Dipartimento di Studi Aziendali e Quantitativi dell'Università Parthenope allo scopo di sviluppare un modello di valutazione delle performance cliniche ed economiche della rete.

Lo stadio di sviluppo

Nel giro di pochissimi anni dalla sua nascita la ROC è riuscita a introdurre e strutturare modalità di *governance* e strumenti di collaborazione stabili pur essendo una rete giovane avviata alla fase di stabilizzazione. Ad oggi la piattaforma informatica arruola 1.400 pazienti oncologici al mese: si tratta di un buon risultato e in crescita, ma è ancora inferiore al 30% della popolazione incidente.

Una pluralità di fattori ha concorso a questo rapido sviluppo. Anzitutto, la forte volontà politica da parte della Regione, che ha investito nella ROC anche come leva per supportare la richiesta di uscita da Commissariamento e Piano di rientro. Fin da subito ha previsto il coinvolgimento dei Direttori Generali nella Cabina di Regia e ha dato loro un forte mandato rispetto agli obiettivi di rete anche favorendo sane tensioni competitive rispetto ai tassi di arruolamento di pazienti nella rete. Ha inoltre supportato il progetto con risorse destinate alle aziende. La forte legittimità istituzionale della rete è stata rafforzata anche dalla disponibilità della Regione ad adottare con Decreto del Commissario ad Acta (DCA) tutti i documenti, i regolamenti e i PDTA della ROC.

In secondo luogo, fin dal 2017 è stato identificato un coordinatore e un direttore scientifico della rete, che hanno svolto il ruolo attivo di *integrator*, con il sostegno di staff direttivo e di personale di supporto.

In terzo luogo, ha avuto particolare rilevanza la piattaforma informatica, inizialmente sviluppata *in house* dai servizi informatici dell'IRCCS Pascale e

in seguito inserita in SINFONIA, il sistema informativo per la sanità di Regione Campania. Oltre che a rendere possibile la collaborazione, la piattaforma genera dati e reportistica periodica, ad esempio rispetto al numero di visite effettuate da ogni GOM, che possono essere usati a fine di programmazione e *benchmarking* in maniera più efficace rispetto alle SDO. È interessante notare come invece non siano stati introdotti sistemi di incentivi, di natura economica o non economica (ad esempio con rilascio di crediti ECM) per supportare la partecipazione dei professionisti ai GOM.

Certamente non mancano le criticità. A proposito della componente professionale, benché il modello attribuisca un ruolo chiave ai MMG in quanto porta di accesso alla rete, ad oggi solo 400 MMG sui circa 4.000 operanti in Regione sono effettivamente connessi alla piattaforma. Inoltre, non è stato facile promuovere la concentrazione dell'attività chirurgica molto frammentata nella rete di offerta. Sono stati, infatti, definiti i volumi minimi di casistica per ogni patologia e nelle strutture delle ASL è stato avviato un periodo di osservazione di due anni volto a raggiungere il volume necessario e ad adottare pienamente quanto previsto dai PDTA. Tuttavia, sono emerse numerose resistenze, soprattutto da parte delle strutture private accreditate, che hanno fatto ricorso al DCA che definiva le soglie minime da rispettare per poter ricevere il rimborso delle prestazioni eseguite.

Il ruolo della rete nella gestione dell'epidemia

Con riferimento all'epidemia Covid, la rete non ha avuto un ruolo specifico nella definizione di linee guida o protocolli per l'assistenza che hanno permesso di uniformare le scelte che i professionisti sono stati chiamati ad affrontare. L'uso della piattaforma ha consentito però di velocizzare la raccolta delle informazioni e il monitoraggio della situazione. Inoltre la ROC nella fase acuta dell'emergenza ha favorito l'attivazione di ambulatori prime visite oncologiche, per compensare in parte la riduzione degli ambulatori specialistici di altre discipline, che spesso intercettavano casi oncologici. L'epidemia è stata infine l'occasione per digitalizzare alcuni processi, con particolare riferimento agli incontri dei GOM.

10.4.3 La rete oncologica della Calabria: una rete da avviare

Le caratteristiche della rete

Il progetto della Rete Oncologica Calabrese è stato avviato con il Programma Operativo 2013-2015 per l'uscita dal Piano di Rientro, in cui veniva prevista l'attivazione di 13 rei cliniche, tra cui quella oncologica, al fine di qualificare l'offerta quali-quantitativa delle strutture regionali e arginare il fenomeno della mobilità passiva. Nel 2014 è stato istituito il gruppo tecnico regionale che ha prodotto il documento che definisce il modello organizzativo e di *governance*

della rete, documento approvato con il DCA 10 del 2015. Tale documento prevedeva la suddivisione della regione in tre aree con l'indicazione delle strutture hub e spoke per ciascuna area, complessivamente tre centri hub e nove centri spoke. Si prevedeva l'istituzione di un Coordinamento Oncologico di Area e di un Coordinamento Regionale della rete, in capo al Dipartimento Regionale Tutela della Salute. Venivano inoltre indicati i requisiti per i centri hub e spoke con la casistica minima per ogni struttura in base alla tipologia tumorale. Erano date indicazioni in merito all'istituzione di Unità di valutazione multidisciplinari oncologiche (UVM) presso ciascuna struttura hub e ciascuna struttura spoke, alla stesura dei PDTA di patologia e dei piani di assistenza individuali, alla creazione di un sistema informativo per l'oncologia. Erano infine previsti alcuni indicatori per il monitoraggio dello stato di attuazione della rete. Al fine di ridurre il fenomeno della mobilità passiva erano inoltre previste diverse azioni, tra cui il rafforzamento della rete territoriale per l'implementazione degli screening, uno dei punti più deboli del sistema; l'acquisizione di competenze apicali di primo ordine; il rafforzamento degli organici esistenti; la definizione di un piano degli investimenti strutturali e tecnologici. Tale progetto di rete, pur essendo puntualmente richiamato nei diversi Programmi Operativi, non è stato tuttavia implementato.

Nel 2020 la Regione ha riaperto il cantiere sulla rete oncologica, apportando con il DCA 100 alcune integrazioni e modifiche al modello. Tale documento tiene conto della razionalizzazione della rete ospedaliera avvenuta nel 2016 e prevede una ulteriore riduzione delle strutture di oncologia (non oltre 7) al fine di ricondurle al bacino di utenza previsto di 300.000-600.000 abitanti. Inoltre, il progetto prevede la presenza di un Gruppo Tecnico Regionale, con funzioni operative e di supporto al Dipartimento Regionale Tutela della Salute, ad affiancare il Coordinamento Regionale, costituito dai direttori delle unità operative coinvolte nella rete e con funzioni di indirizzo strategico. Il progetto di rete oncologica non è stato ancora implementato ma sarà uno degli obiettivi presenti nel prossimo Programma Operativo.

Lo stadio di sviluppo

Come anticipato, la rete oncologica calabrese non è ancora stata avviata. Diverse e note sono le problematiche di natura politica, istituzionale e di carenze quali-quantitative di capitale umano e di infrastrutture che insistono sulle aziende del sistema sanitario regionale e sul Dipartimento regionale. A ciò si aggiungono alcuni problemi specifici relativi alla progettazione della rete, in particolare la storica difficoltà a coinvolgere le discipline diverse dall'oncologia. Al contempo, tra le opportunità figura il fatto che le unità operative di oncologia sono fortemente motivate a intraprendere il percorso della rete oncologica, e sono peraltro già caratterizzate da un buon livello di collaborazione informale.

Guardando al futuro è possibile identificare alcune piste di lavoro per la Regione, che sono state condivise dalla comunità regionale degli oncologi, e che si riportano qui di seguito:

- ▶ è necessario che la rete calabrese sia una rete oncologica, non la rete delle oncologie; è quindi di assoluta importanza coinvolgere nella progettazione della rete e dei suoi strumenti operativi anche gli altri interlocutori, in particolare: direzioni sanitarie, chirurgie, radioterapie, anatomie patologiche, cure palliative, screening, ecc.;
- ▶ nessuna rete può funzionare senza una adeguata dotazione di risorse in primo luogo intese come competenze dedicate al progetto di rete oncologica: è necessario dotare il Dipartimento Salute di un team qualificato e orientato al project management in grado di coordinare i tavoli tra i professionisti, analizzare i flussi informativi aziendali e favorire benchmarking e miglioramento;
- ▶ oltre all'attivazione della discussione multidisciplinare e alla condivisione dei PDTA, appare necessario che sia garantita l'accoglienza del paziente attraverso sportelli dedicati presso le strutture ospedaliere dove sono presenti UO di oncologia, a cui MMG e professionisti dovranno indirizzare i pazienti;
- ▶ particolare accelerazione dovrà essere data all'attività di screening, in quanto la Calabria riporta i tassi di adesione minimi nazionali, mentre è chiamata a garantire standard adeguati alla propria popolazione;
- ▶ la gestione dei flussi informativi appare cruciale per lo sviluppo di connessioni tra i nodi della rete di offerta, a cui dovrà accompagnarsi una reportistica periodica che diventi strumento per il benchmarking e il governo del sistema; anche attraverso i flussi amministrativi correnti è possibile procedere all'identificazione della casistica di riferimento (almeno per i big killers) e procedere alla valutazione delle performance attraverso indicatori di evidenza clinica;
- ▶ è infine necessario investire nella dotazione di personale dei nodi della rete e nelle dotazioni tecnologiche.

10.5 Discussione delle evidenze e riflessioni conclusive

Le due linee di ricerca condotte in parallelo consentono di inquadrare il tema delle reti cliniche sia su scala generale, considerando il quadro nazionale alla luce delle indicazioni del DM70/2015, che relativamente all'esperienza maturata nelle regioni su quella oncologica. Quanto di seguito riportato è il frutto sia delle riflessioni emerse all'interno del focus group sia delle riflessioni degli autori.

La prima evidenza che emerge è che le reti in generale sono fenomeni che riguardano i sistemi ricchi di connessioni non governabili attraverso la gerarchia. Quando le razionalità cliniche rappresentano la modalità per rendere funzionali ed efficaci le relazioni tra nodi della rete di offerta, nascono le reti cliniche. La loro numerosità all'interno delle regioni più popolose evidenzia la necessità di far muovere la rete di offerta nel rispetto di alcune sequenze specifiche di servizi (ad esempio, rapporto tra servizi dedicati alla diagnosi e quelli rivolti alla cura) o di alcuni standard formulati sulla base di criteri clinico-assistenziali (ad esempio, il tempo intercorso tra alcune prestazioni). La prova di questa evidenza è che nelle regioni più piccole, a maggior ragione se in presenza di una sola realtà aziendale, la progettualità della rete appare superflua. In tali situazioni, la capacità delle aziende sanitarie (che sono gerarchie!) di gestire le interdipendenze tra i propri servizi interni e tra questi ultimi e quelli extra aziendali soddisfa i fabbisogni di integrazione a cui la rete deve rispondere.

Le reti censite dalla survey sono principalmente di patologia e più raramente di disciplina (ad esempio, oncologia o pediatria): la percezione di chi scrive è che le reti di patologia assecondino alcuni specialismi che nascono all'interno delle discipline che spesso rivendicano modelli di offerta dedicati a determinati target di popolazioni, denominati "centri" o "unit" di patologia. In queste situazioni, dietro alla rete di patologia vi è una sorta di specializzazione su patologia di alcuni nodi della rete (ad esempio, *breast unit*, centri per la sclerosi multipla) che raramente riescono però a soddisfare i bisogni del malato nel corso di tutta la malattia a partire dalla diagnosi fino al fine vita. Le reti di disciplina, di contro, rinsaldano le attività specialistiche intorno a modelli unitari di organizzazione dedicati ad ampi target di popolazione (si pensi alla lezione dell'oncologia che quasi ovunque ha codificato la multidisciplinarietà e l'accoglienza del malato attraverso la rete). Inoltre, le reti di disciplina consentono di preservare quelle attività clinico assistenziali indistinte quali, ad esempio, gli ambulatori dedicati alle prime visite per via della "fungibilità" e della trasversalità di un certo livello di competenze dei professionisti. Il quadro generale delle indicazioni del DM70/2015 ha promosso prevalentemente reti di patologia (ad eccezione di quella oncologica e pediatrica) mentre un impulso centrale verso le reti di disciplina potrebbe smuovere alcune tensioni legate al livello competitivo tra professionisti della medesima disciplina. Ulteriore motivazione in questa direzione proviene da alcune innovazioni in campo medico: la medicina di precisione, ad esempio, sta trasformando le forme di specializzazione all'interno delle discipline che si stanno specializzando sulla conoscenza e sull'uso delle informazioni provenienti dall'analisi genetica del malato piuttosto che sulla patologia.

Prevale l'effetto mimetico tra reti che riguardano la medesima condizione di salute tra regioni diverse: le comunità professionali trasmettono e si confrontano molto più di quanto le regioni riescano a fare. Infatti, la diffusione di

modelli di *governance* omogenei è maggiore tra esperienze di rete cliniche della medesima disciplina/patologia di quanto non lo sia tra diverse reti cliniche all'interno della medesima regione (abbiamo visto che esistono alcune eccezioni). Alcune reti, soprattutto quelle più storiche (infarto, malattie rare, terapia del dolore, neonatologica e pediatrica) hanno tracciato delle configurazioni di fondo e prodotto un «effetto mimetico» sulle configurazioni delle altre reti; anche l'oncologia, che vede la maggior concentrazione delle sue esperienze indotte dal DM70/2015, trova forme di convergenza intorno a certe configurazioni (tutte promuovono i gruppi multidisciplinari, tutte organizzano gruppi tecnici regionali o altre forme di coordinamento, ecc.). Dal 2017, molti riassetti regionali hanno inibito l'approccio mimetico tra reti della medesima patologia/disciplina, diventando così cruciale la contaminazione all'interno della comunità professionale che afferisce alla medesima disciplina. Appare più complesso il tentativo delle regioni, alla luce dei loro diversi assetti istituzionali, di adottare configurazioni simili di rete clinica riferendosi ai professionisti della medesima disciplina che rispondono agli stessi problemi di salute. Si riprende qui la considerazione già introdotta nel corpo del contributo che spinge a interrogarsi sulla capacità effettiva delle regioni di formulare un quadro unitario di orientamenti in presenza di assetti molto differenziati delle loro reti cliniche: questa situazione appare risolta in contesti come quello pugliese che concentra intorno all'agenzia regionale le sue reti cliniche.

Come sottolineato anche all'interno delle precedenti rilevazioni del Rapporto, emerge la tendenza delle reti mano a mano che diventano più mature a diventare *managed* e passare da reti prevalentemente professionali a reti istituzionali, in cui la *governance* entra nell'assetto delle Regioni. In questa sede, si associa la maturità della rete cliniche alla sua longevità poiché in assenza di interventi continuativi (progetti di rete, indirizzi regionali di aggiornamento, ecc.), qui tracciati sul piano formale, le reti cliniche implodono non alimentando più l'organizzazione dei servizi e dei modelli di cura. I casi delle tre reti oncologiche esplorate ci permettono di evidenziare come l'alta connessione di alcune comunità professionali, tra cui quella oncologica, diano velocità nei processi di avvio: infatti, la ROC ha raggiunto risultati in termini di strumenti e approcci di management (la piattaforma informatica, il numero dei PDTA, ecc.) con tempi molto ridotti se si considerano le prime esperienze come quelle della ROP o della rete oncologica toscana. La fase di consolidamento ed estensione delle reti, tuttavia, passa necessariamente per una trasformazione della rete clinica da «progetto dei professionisti» a strumento regionale per le politiche di tutela della salute per specifiche aree di bisogno. A questo sono connesse almeno due questioni all'interno delle regioni. Una prima questione è relativa a quali competenze specifiche di *project management* sviluppare per i progetti di rete. Come richiamato nell'apertura del paragrafo, l'assenza di un interlocutore regionale testimonia spesso la mancanza di competenze de-

dicare. Una seconda questione attiene agli assetti di *governance*, dall'analisi emerge un quadro ancora molto eterogeneo che segnala la necessità di modelli di gestione delle reti diversi. In sintesi, la comunità professionale e le sue esperienze, da un lato, e la capacità di project management della Regione e il modello di gestione adottato, dall'altro, appaiono esser vettori della celerità di progettazione e sviluppo delle reti.

Continua la difficoltà nell'individuazione degli interlocutori a livello regionale (dirigenti regionali, ad esempio) per le reti cliniche messe in opera: questo mette in evidenza il rischio di bassa contaminazione tra le esperienze regionali di rete condotte (in termini di modello, strumenti adottati, ecc.) che si muovono in modo isolato e di un dibattito molto debole sul ruolo delle reti cliniche come strumento di policy che vede nell'apparato tecnico amministrativo regionale un contenuto specifico di professionalità. In alcuni contesti, inoltre, si è osservata una certa confusione nel distinguere le scelte sulle reti di offerta (disegno della rete ospedaliera o rete territoriale) da quelle proprie delle reti cliniche.

Lo spessore individuale della figura che funge da *integrator* appare un elemento chiave nelle fasi di avvio e di sopravvivenza delle reti. L'oncologia testimonia non solo che tutte le reti effettive si sono caratterizzate per la presenza di una figura che pur provenendo dalla disciplina ha rappresentato il raccordo con il livello politico istituzionale, ma anche il difficile ricambio generazionale. La ROP ha superato questo traguardo specializzando le funzioni dei tre coordinatori e sacrificando la rappresentanza esterna unitaria del progetto di rete. La ROC ha rintracciato e definito il suo ruolo di *integrator* mentre la comunità oncologica della Calabria fa fatica a riconoscersi in un unico interlocutore che, in un quadro di bassa motivazione politico istituzionale, si traduce in un costante processo conativo.

I casi hanno dimostrato che reti oncologiche funzionanti hanno consentito di imprimere velocità ai processi decisionali e soprattutto alla loro traduzione all'interno della rete dei servizi nel corso della fase acuta della pandemia. Il fenomeno è stato condiviso anche all'interno del focus group relativamente ad altri contesti non analizzati attraverso lo strumento del caso studio. La connessione della comunità professionale è un valore con importanti ricadute operative nella traduzione delle scelte di policy in comportamenti effettivi all'interno delle aziende sanitarie, se costruite con un buon grado di consenso. L'esperienza pandemica, ha fisiologicamente spostato gli interessi dei soggetti verso il presidio della situazione imprevista facendo saltare le convenienze individuali in ragione di un obiettivo condiviso e generale: sono spesso arrivate indicazioni che hanno consentito ai nodi della rete di adottare protocolli uniformi nella protezione dei professionisti e dei pazienti, suggerimenti sulla gestione degli accessi all'interno delle degenze e condivisioni di esperienze sul campo. Si tratta di un'evidenza che appare ancora poco apprezzata all'in-

terno del quadro attuale che spesso relega le reti cliniche al ruolo di progetti dei professionisti (o per i professionisti) e non a veri e propri strumenti di implementazione delle politiche sulla tutela della salute, basate sulla relazione con le diverse comunità professionali proprio in ragione dell'alta connessione che esse creano e alla velocità che possono esprimere nel mettere in opera il sistema delle scelte.

10.6 Bibliografia

- Brown, B. B., Patel, C., McInnes, E., Mays, N., Young, J., & Haines, M. (2016). The effectiveness of clinical networks in improving quality of care and patient outcomes: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMC health services research*, 16(1), 1-16.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2011), «*The Sage handbook of qualitative research*», Thousand Oaks: Sage.
- Grandori, A. (1997). An organizational assessment of interfirm coordination modes. *Organization Studies*, 18(6), 897-925.
- Greene, A., Pagliari, C., Cunningham, S., Donnan, P., Evans, J., Emslie-Smith, A., ... & Guthrie, B. (2009). Do managed clinical networks improve quality of diabetes care? Evidence from a retrospective mixed methods evaluation. *BMJ Quality & Safety*. 18(6), 456-461.
- Haines, M., Brown, B., D'Este, C. A., Yano, E., Craig, J. C., Middleton, S., ... & Redman, S. (2018). Improving the quality of healthcare: a cross-sectional study of the features of successful clinical networks. *Public Health Research and Practice*. 28(4):e28011803.
- Haines, M., Brown, B., Craig, J., D'Este, C., Elliott, E., Klineberg, E., ... & Yano, E. M. (2012). Determinants of successful clinical networks: the conceptual framework and study protocol. *Implementation Science*, 7(1), 1-10.
- Iedema, R., Verma, R., Wutzke, S., Lyons, N., & McCaughan, B. (2017). A network of networks: the governance of deliberative approaches to health-care improvement and reform. *Journal of health organization and management*. 10;31(2):223-236.
- Mandell, M., Keast, R. L. (2007), «Evaluating Network Arrangements: Toward Revised Performance Measures», *Public Performance and Management Review*. 30(4), pp. 574-97.
- Morando V., Tozzi V.D., Processi evolutivi delle reti oncologiche tra dinamiche istituzionali e manageriali, in Rapporto OASI 2014, Egea, Egea,
- Morando, V., & Tozzi, V. D. Cancer network configurations and regional health systems governance: a European comparison. *Transatlantic dialogue 2014: from public administration to XXI century collaborative administration: the role of public networks*.

- Prades, J., Morando, V., Tozzi, V. D., Verhoeven, D., Germà, J. R., & Borrás, J. M. (2018). Managing cancer care through service delivery networks: the role of professional collaboration in two European cancer networks. *Health services management research*, 31(3), 120-129.
- Provan, K. G.; Kenis, P. N. (2008), «Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness», *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18, pp. 229-252.
- Romiti, A., Del Vecchio, M., & Sartor, G. (2020). Network governance forms in healthcare: empirical evidence from two Italian cancer networks. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-16.
- Spencer, A., Ewing, C., & Cropper, S. (2013). Making sense of strategic clinical networks. *Archives of disease in childhood*, 98(11), 843-845.
- Thorelli H,B. (1986), «Networks: Between markets and hierarchies», *Stratifica Management Journal*. 7(1), pp. 37-51.
- Tozzi V. D. (2012), «Cosa sono le reti cliniche e quale il dibattito manageriale intorno ad esse», in Alberti, V. (a cura di) (2012), *Il ruolo delle Aziende Sanitarie nelle reti cliniche in Italia*. Laboratorio Fiaso. Ed. Iniziative Sanitarie
- Williamson, O. E. (1975). Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications: a study in the economics of internal organization. University of Illinois at Urbana-Champaign's Academy for Entrepreneurial Leadership Historical Research Reference in Entrepreneurship.