

# IHPB

## ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

### RETE CLINICA ASSISTENZIALE PER L'OBESITÀ: DALL'ESPERIENZA DEL VENETO LA SFIDA PER LA CREAZIONE DI UN MODELLO NAZIONALE DI RETE.

#### AUTORE:

**Luca Busetto**, Dipartimento di Medicina, Università degli Studi di Padova, Presidente della Società Italiana dell'Obesità (SIO)

**Roberto Vettor**, Dipartimento di Medicina, Università degli Studi di Padova, Coordinatore Rete Veneta Obesità

#### IL VALORE E LE SFIDE DELLE RETI CLINICO ASSISTENZIALI

La crescente complessità di bisogno di salute, insieme alla riduzione delle risorse dedicate alla Sanità, ha indirizzato i decisori verso la creazione di reti cliniche assistenziali<sup>1</sup> sviluppando nuovi modelli organizzativi. L'obiettivo è quello di fornire modelli di cura e risultati di salute migliori e di ridurre la variabilità della presa in carico del paziente, in un quadro di maggiore efficienza e sostenibilità economica. Coordinamento ed interconnessione delle diverse professionalità sanitarie e socio-sanitarie e programmazione strategica sono elementi base del funzionamento delle reti clinico assistenziali.

Elemento innovativo è la centralità del paziente, attorno al quale viene creato il nuovo modello organizzativo, basato su sinergie professionali che superano

#### ABSTRACT:

*In una società in cui le patologie croniche sono sempre più prevalenti, a causa dell'invecchiamento della popolazione e di contesti socio-economici che favoriscono errati stili di vita, uno dei temi centrali della programmazione sanitaria dovrebbe essere quello di trovare una risposta alla crescente necessità di avere modelli organizzativi che possano farsi carico in maniera coordinata e sostenibile della cura dei soggetti con patologie croniche, superando l'attuale frammentazione dell'offerta di salute. La realizzazione di reti cliniche assistenziali può rappresentare una risposta a queste esigenze, sempre che alla base ci sia una strategia atta ad orientare i servizi dedicati ai malati cronici verso una loro più efficace integrazione, per l'erogazione di interventi complessi che necessitano di una pluralità di servizi, organizzazioni e figure professionali.*

*In questo contesto, il paziente con obesità, affetto da una patologia cronica grave, complessa e multifattoriale, riceverebbe importanti benefici se fosse gestito tramite il modello delle reti cliniche assistenziali. L'esempio della rete veneta dell'obesità dimostra che ciò è realizzabile. Inoltre, l'analisi del modello veneto può fornire spunti di riflessione ed implicazioni di politica sanitaria utili per altri sistemi sanitari regionali. Per il futuro, si potrebbe delineare la realizzazione di una rete nazionale per l'obesità rispondendo, così, a quei bisogni di salute ad oggi negati alle persone con obesità.*

la logica dei silos e della gerarchia delle conoscenze per trovare corretto sviluppo nel terreno della multidisciplinarietà e interconnessione tipiche delle reti.

Le singole professionalità, quando messe in rete, creano maggior valore per il paziente e per il sistema socio-economico, rispetto al valore del singolo professionista della salute. Il team multidisciplinare valuta il bisogno di salute del paziente e definisce i criteri ed i tempi di accesso ai professionisti e alla rete assistenziale attraverso la costruzione e la gestione dei PDTA (Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali).

La complessità ed eterogeneità sono le sfide che la rete clinico assistenziale deve poter governare, gestire e saper valutare in termini di performance<sup>2</sup>.

## QUADRO NORMATIVO DELLE RETI CLINICHE ASSISTENZIALI

Il DM70/2015, affida la definizione delle Reti Cliniche ad un Tavolo istituzionale, concordato da AGENAS, (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) composto da rappresentanti del Ministero della Salute e delle Regioni.

Il Tavolo si avvale di un Coordinamento Tecnico Scientifico che vede la partecipazione di ISS, di AIFA, delle Società Scientifiche, delle Federazioni Nazionali degli Ordini dei Medici e delle Professioni Infermieristiche, di Cittadinanzattiva e di gruppi di lavoro specifici per le singole patologie.

Inoltre, l'AGENAS ha il ruolo peculiare di definire le relative linee guida e raccomandazioni, di aggiornare quelle già esistenti, con approvazione in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Le quattro Reti tempo-dipendenti: cardiologica per l'emergenza, neonatologica e dei punti nascita, ictus e trauma severo e le Reti Oncologiche sono state approvate dal tavolo tecnico e dalla conferenza Stato-Regioni. Altre 8 diverse tipologie di reti sono in fase di valutazione. Anche le patologie croniche sono oggetto di va-

lutazione all'interno di un documento inviato all'Ufficio di Gabinetto del Ministero della Salute per il successivo iter istituzionale e relativo alle linee guida organizzative e raccomandazioni per l'articolazione delle reti clinico-assistenziali che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale<sup>3</sup>.

## VALUTAZIONI E MONITORAGGIO DELLE RETI CLINICO ASSISTENZIALI

Come previsto dal D.M. 70/2015, vengono condotte periodiche indagini on line sullo stato di attuazione, il monitoraggio e la valutazione delle Reti cliniche assistenziali. Per tali rilevazioni è utilizzato, quale strumento condiviso, **la griglia di rilevazione e valutazione** disponibile sul portale istituzionale di AGENAS<sup>3</sup>.

Un esempio di tale attività è il recente rapporto (2021) sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali (R.O.R.)<sup>4</sup>.

Il Rapporto descrive i risultati della Quarta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle R.O.R., condotta utilizzando una Griglia di rilevazione e valutazione compilata dalle singole Regioni e P.A.

La Griglia, che rappresenta uno strumento di monitoraggio delle R.O.R., è stata condivisa con i Tavoli tecnici (Tavolo Istituzionale e Coordinamento Tecnico-Scientifico) istituiti ai sensi delle previsioni del D.M. 70/2015 ed è diventato uno strumento di monitoraggio di cui si avvale l'Osservatorio per il Monitoraggio delle Reti Oncologiche Regionali istituito presso AGENAS con delibera N°455 del 2 agosto 2019.

Le conclusioni del rapporto permettono di creare le basi per le azioni ed il piano di sviluppo da intraprendere in considerazione dello specifico territorio regionale. Non sorprende che fra le considerazioni pubblicate nel rapporto ROR 2021 emerga la necessità di un ulteriore impegno da parte dei diversi soggetti istituzionali e professionali per garantire su tutto

il territorio nazionale lo sviluppo di reti che possano assicurare al cittadino equità, qualità e sicurezza ed appropriatezza nell'accesso alle cure.

Fra le azioni da implementare sono riportati: lo sviluppo di specifici percorsi di audit organizzativo e gestionale, anche attraverso l'uso di un framework di riferimento elaborato nell'ambito dell'Osservatorio di Monitoraggio delle Reti che individua i requisiti essenziali che devono sottendere sia alla loro strutturazione che al funzionamento<sup>4</sup>.

### QUANDO L'INNOVAZIONE NASCE DALLE REGIONI: IL MODELLO VENETO DELLA RETE DELL'OBESITÀ

L'obesità è una malattia cronica grave e causa di un gran numero di altre patologie croniche ad essa connesse (diabete, ipertensione, dislipidemia, malattie cardio e cerebrovascolari, tumori, disabilità). Per gestire una malattia così complessa è necessario un approccio multidisciplinare che consideri ogni paziente come un caso a sé e lo discuta collegialmente, uscendo dalla logica dei silos. La risposta a tale complessità è il modello gestionale della rete clinica assistenziale che ad oggi, però, non trova applicazione nel quadro nazionale per l'obesità.

Infatti, tale soluzione non è oggi realizzabile per una patologia, l'obesità, che non trova alcun riconoscimento e finanziamento da parte del nostro sistema sanitario nazionale.

Eppure, diversi sono ormai i segnali di un prossimo cambiamento: di recente, l'obesità è stata riconosciuta dalla commissione Europea come patologia cronica<sup>5</sup>, ed in Italia un ampio movimento di opinione e di esperti multidisciplinari stanno da anni producendo evidenze affinché i policy makers possano riconoscere la gravità di questa patologia, mettere in atto gli strumenti istituzionali atti a invertirne la crescita, e garantire la presa in carico ed il diritto alla cura dei pazienti con obesità.

Se il cambiamento è lento sul fronte nazionale, sul ter-

ritorio esiste già un concreto esempio di come sia possibile, con le risorse e le professionalità esistenti, facendo squadra, basandosi sulla concretezza dei dati, costruendo dialoghi con le istituzioni regionali, realizzare importanti cambiamenti organizzativi.

Il 4 Agosto 2015, la giunta Regionale del Veneto ha deliberato di realizzare il modello assistenziale di rete per il trattamento integrato dell'obesità.<sup>6</sup>

### LA RETE CLINICO ASSISTENZIALE DELL'OBESITÀ IN VENETO

Nel Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016 della Regione Veneto, promulgato con Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23,<sup>7</sup> è riportato come le reti cliniche integrate con il territorio debbano rispondere a due principi cardine: garantire a tutti i cittadini del Veneto una uguale ed uniforme accessibilità alle migliori cure sanitarie, nel luogo e con una tempistica adeguati; garantire, allo stesso tempo, la sicurezza delle prestazioni al paziente, strettamente correlata all'expertise clinica e ad una appropriata organizzazione.

Sulla base di tali importanti considerazioni, è stato approvato dalla Giunta regionale del Veneto la realizzazione del modello assistenziale di rete, hub & spoke, per il trattamento integrato dell'obesità<sup>6</sup>.

I Centri hub sono previsti presso l'Azienda Ospedaliera di Padova e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. Presso ogni Azienda Ulss è stata quindi individuata una struttura spoke che funge da riferimento per la gestione delle problematiche relative ai pazienti in parola, ovvero rappresenti un punto di riferimento, sia per i pazienti adulti che per quelli in età pediatrica, per la tempestiva e completa presa in carico degli stessi in piena sintonia a quanto proposto dai centri Hub. A livello di ogni singola azienda sanitaria, al fine di facilitare i rapporti con i centri Hub, vengono identificati dei referenti per l'attività in oggetto.

Figura 1  
Immagine che riassume Hub e Spoke<sup>8</sup>



Il modello di rete, in coerenza con quanto previsto dal PSSR 2012-2016<sup>7</sup> e dalla DGR n. 2122 del 19.11.2013<sup>9</sup>, è sviluppato in piena integrazione con le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate operanti in ambito regionale.

Nelle attività di prevenzione e di educazione terapeutica a livello extra-ospedaliero sono coinvolti i Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN).

Indispensabile è poi il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale per la gestione dei percorsi dei pazienti con obesità e per gli aspetti connessi alla prevenzione. Parimenti importante il coinvolgimento dei Pediatri di Libera Scelta in considerazione degli indubbi vantaggi di una campagna di educazione sanitaria rivolta all'infanzia e ai soggetti in età evolutiva. Per quanto concerne le funzioni di coordinamento del modello assistenziale di rete per il trattamento integrato dell'obesità, limitatamente all'età adulta, tali funzioni sono assegnate al Centro Regionale Specializzato per lo studio ed il trattamento integrato dell'obesità, identificato presso l'Azienda Ospedaliera di Padova dalla DGR n. 2707 del 29 dicembre 2014.

Per quanto concerne l'età pediatrica ed evolutiva le funzioni di coordinamento del modello assistenziale di rete sono gestite dal Centro Regionale Specializzato per la diabetologia pediatrica identificato presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona dalla DGR n. 2707 del 29 dicembre 2014.

## IL PDTA DEL VENETO SULL'OBESITÀ

Lo strumento operativo della Rete Obesità del Veneto è il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) regionale per il trattamento integrato dell'obesità nel paziente adulto (Fig 2), sviluppato già nel 2010-12 e approvato con DGR n. 26 del 9/03/2017<sup>10</sup>, che regola i flussi dei pazienti all'interno della rete e garantisce l'uniformità degli approcci terapeutici e delle procedure nei diversi suoi snodi.

Il PDTA è inoltre uno strumento in grado di favorire la collaborazione tra i centri che fanno parte della rete attivata nella Regione del Nord-Est con l'attuale Piano sanitario regionale per garantire la gestione della malattia, dalla prevenzione alla cura farmacologica, dalla chirurgia bariatrica fino alla riabilitazione nutrizionale post-chirurgica.

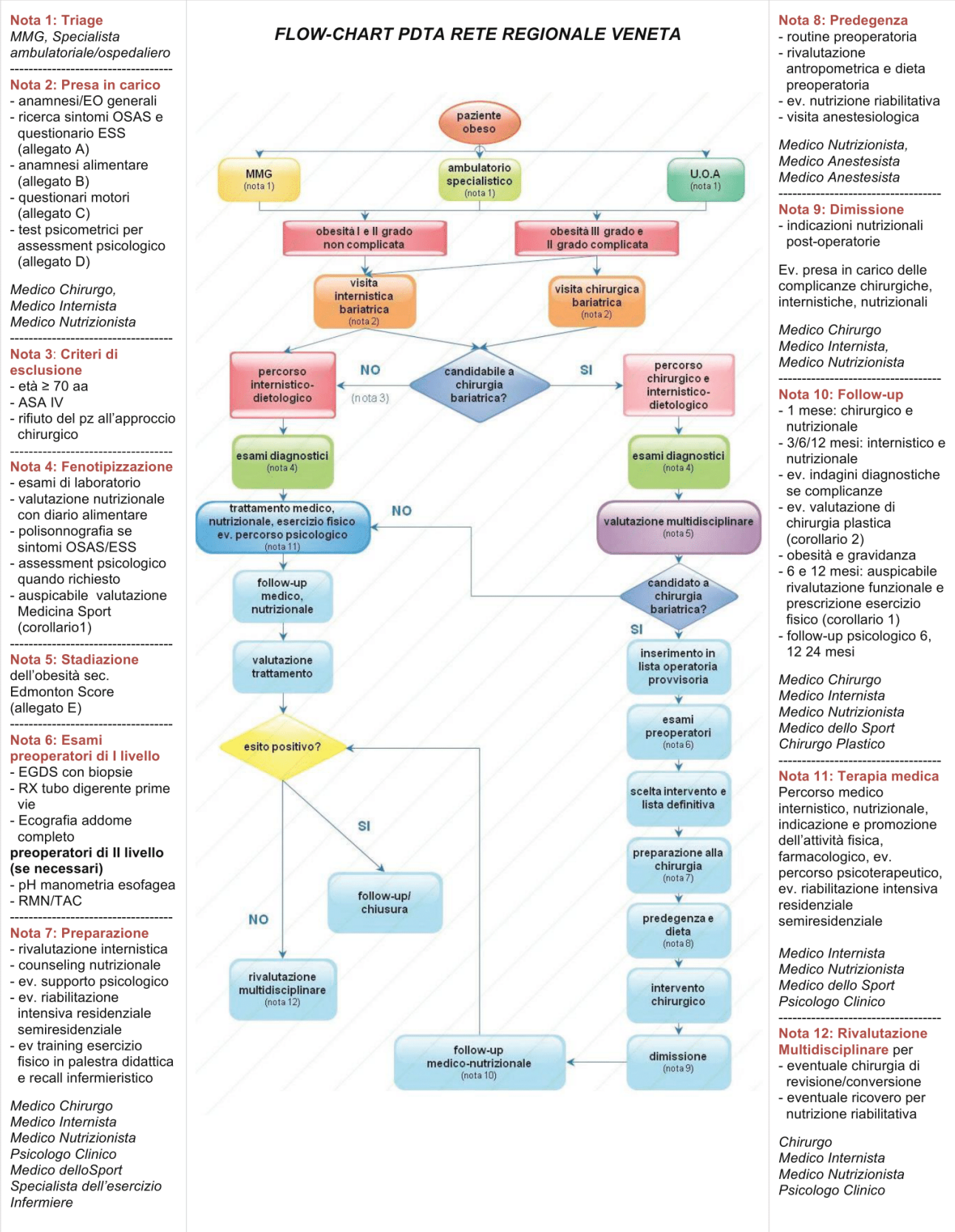
Il PDTA favorisce l'integrazione multidisciplinare e responsabilizza le diverse figure professionali assicurando la riduzione degli errori, la razionalizzazione della spesa, la continuità assistenziale e il miglioramento della qualità.

Il PDTA regionale per il trattamento integrato dell'obesità nel paziente adulto, è stato fin da subito affiancato dal PDTA per il trattamento integrato dell'obesità pediatrica e successivamente dal PDTA per la gravidanza nella donna obesa, approvato con DGR n. 25 del 15/02/2018<sup>11</sup>, sviluppato per dare una risposta coordinata alle necessità assistenziali e di percorso specifiche per la donna con obesità gravida, per la donna con obesità intenzionata ad intraprendere una gravidanza e per la programmazione/gestione della gravidanza in donne trattate con chirurgia bariatrica.



Figura 2  
Schema del PDTA del Veneto<sup>8</sup>

**PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE OBESO ADULTO**



Come già accennato in precedenza, un periodico monitoraggio della efficienza dei processi, del numero e della qualità delle prestazioni erogate, e dei loro esiti è parte integrante delle attività delle reti clinico assistenziali.

Tale attività di audit e di monitoraggio è stata sempre difficile nel caso dell'obesità, una malattia priva di codici di esenzione e trattata da una moltitudine di specialisti diversi, spesso in maniera scoordinata e confusa. Per superare questo handicap si è proceduto ad una rinominazione dei codici identificativi delle varie prestazioni inerenti al trattamento della patologia, creando dei codici specifici per tutte le prestazioni erogate dalla rete per il trattamento del paziente con obesità. Questo passo è ritenuto fondamentale per la produzione di più completi indicatori di processo e di esito.

### IMPLICAZIONI DI POLITICA SANITARIA

Il modello Veneto della rete clinica assistenziale dell'obesità dimostra che è possibile introdurre in modo efficiente l'innovazione organizzativa delle reti cliniche assistenziali e prendersi cura e carico delle persone con obesità. Questa esperienza può essere di aiuto ai policy maker per combattere l'obesità su tutto il territorio regionale, dando priorità alle regioni con maggiore prevalenza ed impatto di questa patologia anche in considerazione delle sfide di salute delle prossime generazioni.

In un contesto di rete sanitaria, il policy-maker è chiamato a esercitare il suo ruolo di indirizzo evitando che le relazioni verticali ostacolino o inibiscano quelle orizzontali.<sup>12</sup>

Le azioni da implementare per combattere l'obesità attraverso l'innovazione organizzativa possono essere qui riassunte:

- realizzare attraverso la riorganizzazione delle

strutture e dei servizi disponibili e la riqualificazione della rete dei professionisti in tutti e 21 Sistemi Sanitari Regionali

- attuazione di un piano nazionale sull'obesità che armonizzi a livello nazionale le attività nel campo della prevenzione e della lotta contro l'obesità
- concordare con le regioni un piano strategico comune volto a promuovere interventi basati su un approccio multidisciplinare integrato e personalizzato, incentrato sulla persona con obesità e orientato verso una migliore organizzazione dei servizi e un approccio responsabilità di tutti gli attori della cura

## BIGLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". G.U. 4 giugno 2015, n. 127.
2. A. Piccioli, F. Riccio "Governance di rete: sfida complessa e innovazione consapevole", MECOSAN 2019 Vol 109, 105-112.
3. Sito AGENAS <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari>.
4. AGENAS: Quarta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle R.O.R Rapporto 2021 18/06/2021.
5. Talha Burki, "European Commission classifies obesity as a chronic disease". *The Lancet* Vol 9, Issue 7, p 418, 2021.
6. Bur n. 17 del 26/02/2016 "Realizzazione del modello assistenziale di rete per il trattamento integrato dell'obesità". Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016. Deliberazione n. 55/CR del 4 agosto 2015.
7. Bur n. 53 del 06/07/2012. "LEGGE REGIONALE 29 giugno 2012, n. 23. Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".
8. M. Foletto, L. Busetto, R. Vettor, C. Pileri, D. Mantoan. "Impact of a Hub-and-spokes Healthcare Model for Obesity Treatment Improving Patient Care through Affordability in the Veneto Region, Italy" *Bariatric Times* digital edition. January 1, 2019. <https://bariatrictimes.com/healthcare-model-obesity-italy/>.
9. Bur n. 107 del 10/12/2013. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2122 del 19 novembre 2013. "Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla l.r. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013".
10. Bur n. 41S del 28/04/2017 DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE DELL' AREA SANITA' E SOCIALE n. 26 del 09 marzo 2017 "Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento integrato dell'obesità nel paziente adulto ed approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento integrato dell'obesità pediatrica".
11. Bur n. 32S del 30 marzo 2018, DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE DELL' AREA SANITA' E SOCIALE n. 25 del 15 febbraio 2018 "Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gravidanza nella donna obesa".
12. A. Ghirardini, B. Ippolito, F. Bevere "Il ruolo di AGENAS per favorire lo sviluppo delle reti clinico-assistenziali" MECOSAN 2019 Vol 109. 113-123

---

## **Italian Health Policy Brief**

Anno XI  
Speciale 2021

***Direttore Responsabile***  
Stefano Del Missier

***Direttore Editoriale***  
Walter Gatti

***Direttore Progetti Istituzionali***  
Marcello Portesi

## ***Editore***



ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l.

***Segreteria di Redazione***  
Chiara Spinelli  
Tel. +39 02 49538302

[info@altis-ops.it](mailto:info@altis-ops.it)  
[www.altis-ops.it](http://www.altis-ops.it)

---

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.

---

Aut. Trib. Milano 457/2012 - Numero di iscrizione al RoC 26499

---

Con il contributo non condizionante di Novo Nordisk S.p.A.