

Reti cliniche

Una recente revisione sistematica¹ ha definito le *Reti Cliniche* come un gruppo di professionisti che forniscono servizi di prevenzione, diagnosi, cura e di assistenza attraverso sottili confini di collaborazione e integrazione nell'ambito del sistema sanitario in cui svolgono il loro operato.

Le reti cliniche, quindi, sono sistemi organizzativi complessi che consentono ai professionisti di più discipline di lavorare in modo coordinato nel contesto di più *setting* assistenziali, superando le consuete restrizioni dovute ai confini professionali ed organizzativi esistenti². Le reti cliniche si focalizzano su specifici gruppi di patologie (ad esempio tumori, ictus, disturbi respiratori, ecc.), cui tentano di dare una risposta continuativa e di alta qualità, attraversando trasversalmente i vari *setting* di cura ed assistenza^{3,4}.

Una rete clinica matura dovrebbe essere in grado di approcciare la persona sana promuovendo la fase preventiva, dovrebbe facilitare il percorso di diagnosi e di cura del malato fino alla guarigione, oppure dovrebbe supportare la persona affetta da una malattia cronica nel migliore percorso di gestione della sua condizione, ivi comprese le condizioni terminali. Tale azione dovrebbe caratterizzarsi sempre e comunque per la logica di continuità ed integrazione dei servizi e dei professionisti e di accompagnamento attivo del cittadino nel suo percorso di salute e malattia, rilevandone e documentandone gli esiti clinici e l'esperienza vissuta dalla persona in ogni suo passaggio.

Caratteristica, quindi, chiave delle reti è la loro capacità di superare i rischi connessi ad una medicina sempre più "settoriale", ovvero ristretta e quasi "confinata" in una serie di ideali silos specialistici non comunicanti tra di loro, dove l'informazione del paziente e l'unitarietà dell'assistenza si perdono e il bisogno integrato di cura multidisciplinare del cittadino rischia di diventare un miraggio, pur essendo ampiamente nella disponibilità degli attuali sistemi sanitari.

In sintesi, quindi, quando si costituisce una rete clinica, si chiede alle diverse componenti di un sistema sanitario di facilitare la costituzione di una solida struttura organizzativa di integrazione che consenta ai gruppi di professionisti di creare un flusso continuo di conoscenze cliniche e organizzative utili a promuovere la qualità, la sicurezza e a facilitare l'accesso alle cure.

Le reti sono, quindi, utilizzate come strumento di sistema per promuovere modelli di cura efficaci, equi, sicuri, integrati ed efficienti, di *Evidence Based Practice* multidisciplinari ed appropriati. La giusta coordinazione delle reti determina, infatti, un maggiore livello di formazione degli operatori, migliora l'uso delle risorse, incrementa la capacità di pianificare al meglio i processi più complessi, aumenta la competitività e migliora i servizi offerti al paziente.

Nei sistemi sociali, economici, istituzionali e aziendali da tempo sono emersi modelli di organizzazione complessa ma flessibile, caratterizzati dalla presenza di forme di cooperazione tra soggetti individuali e collettivi che perseguono un comune obiettivo. Tali modelli organizzativi complessi, definibili come reti organizzative o imprese di reti, sono composti di soggetti individuali e collettivi ad alta capacità di auto-organizzazione, che instaurano tra di loro modalità differenti di relazione reciproca, costruiscono delle

¹ Brown BB, 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 (2016) 16:360 DOI 10.1186/s12913-016-1615-z

² NHS Management Executive. 1999. *Introduction of managed clinical networks within the NHS in Scotland*. Edinburgh: NHS Management Executive; 1999. (MEL(1999)10).

³ D'Alleva A., Leigheb F., Rinaldi C., Di Stanislao F., Vanhaecht K., De Ridder D., Bruyneel L., Cangelosi G., Panella M.: Achieving quadruple aim goals through clinical networks. A systematic review. Journal of Healthcare Quality Research, ISSN-e 2603-6479, Vol. 34, N° 1, 2019, pág. 29-39

⁴ Cunningham FC, Ranmuthugala G, Westbrook JI, Braithwaite J. 2012. *Net benefits: assessing the effectiveness of clinical networks in Australia through qualitative methods*. Implementation Science 2012, 7:108

relazioni più stabili e strutturate e agiscono in riferimento ad obiettivi condivisi, cercando linguaggi comuni, condividendo valori, dotandosi di sistemi di coordinamento e controllo e di monitoraggio (Meneguzzo, 2008). Il nucleo delle reti cliniche è la rete dei professionisti di una determinata famiglia professionale che decide dove allocare i saperi della specialità e i servizi a essi collegati⁵.

I network (reti) sono soluzioni istituzionali e gestionali nate dall'interdipendenza di più aziende, pubbliche, private, per affrontare problemi complessi e per la necessità di avere infrastrutture adeguate agli sviluppi internazionali o alle riforme dei sistemi di Welfare^{6,7}.

Nel settore pubblico le reti si caratterizzano come naturale evoluzione delle logiche di *public governance* e dei processi propri dell'economia della regolazione. Esse si caratterizzano come *knowledge e labor intensive*, con servizi di alta personalizzazione e dominanza dagli assetti intangibili, in linea con la società della conoscenza. La logica reticolare permette di affrontare in modo più sistematico le necessità di gestione unitaria di bisogni sanitari sempre più complessi, in un contesto di sostenibilità economiche.

Le evidenze sul valore delle reti cliniche

Per *valore* si intende un cambiamento che risparmia risorse e mantiene o incrementa la qualità⁸. Uno studio sulla valutazione delle Reti Cliniche⁹ ha evidenziato che le reti inter ospedaliere si sono dimostrate efficaci nel migliorare:

- *La salute*: la sopravvivenza dei neonati pretermine; la riduzione della mortalità (per tutte le cause e per carcinoma della mammella) e la mortalità a 30 giorni per IMA e nel migliorare il processo di cura (tempestività e appropriatezza diagnostica e terapeutica). La tempestività e l'appropriatezza del trattamento dei pazienti, che corrisponde all'aderenza alle linee guida cliniche, sono indicatori *proxy* significativi, a causa della loro associazione con il miglioramento degli *outcome* a breve e lungo termine^{10,11,12}. La tempestività degli interventi ed il tempo necessario a completare l'intero processo di cura ed ogni sua parte rientrano inoltre tra gli *outcome* di secondo livello segnalati da Porter¹³ come necessari per la valutazione del valore prodotto in sanità.
- *La riduzione dei costi pro-capite*: i costi di una rete, seppure alti in una prima fase di implementazione, tendono a diminuire una volta che il nuovo modello organizzativo sia entrato a pieno regime¹⁴

Inoltre, le reti cliniche si sono dimostrate efficaci nel migliorare la prevenzione secondaria nei pazienti con pregresso IMA. Si tratta di un dato importante poiché l'aderenza alle linee guida è spesso alta nella fase acuta dell'IMA (l'84,2% dei pazienti vengono trattati secondo quanto dettato dalle linee guida *evidence-based*¹⁵),

⁵ Lega F e Tozzi V.: Il cantiere delle reti cliniche in Italia: analisi e confronto di esperienze in oncologia. Rapporto OASI 2009, pagg. 249-272

⁶ O'Toole L.J., "Treating Networks Seriously: Practical and Research-Based Agendas in Public Administration", *Public Administration Review*, N. 57, 1997

⁷ Rittel H.W. J., Webber M. M. 1973. Dilemmas in a general theory of planning, Vol. 4, Number 2 / June, pp.155-169

⁸ Ovretveit John - Il miglioramento del valore nei servizi sanitari - Un metodo basato sulle evidenze. Edizione italiana a cura di Tommaso Bellandi e Tommaso Grillo Ruggieri. Il Mulino, 2014

⁹ D'Alleva A., Di Stanislao F.; Panella M.: Evidence-Based Policy-Making per generare valore in sanità: pianificazione di un modello di strutturazione e valutazione di Reti cliniche - Tesi di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università Politecnica delle Marche - Anno Accademico: 2016 - 2017 -

¹⁰ Lambert L, Brown K, Segal E, Brophy J, Rodes-Cabau J, Bogaty P. 2010. Association Between Timeliness of Reperfusion Therapy and Clinical Outcomes in ST-Elevation Myocardial Infarction. *JAMA* 303(21): 2148-55.

¹¹ Andreano A, Reborza P, Valsecchi MG, Russo AG. 2017. Adherence to guidelines and breast cancer patients survival: a population-based cohort study analyzed with a causal inference approach. *Breast Cancer Res Treat* 164:119-131 DOI 10.1007/s10549-017-4210-z

¹² Ferrari A, Lo Vullo S, Giardiello D, Veneroni L, Magni C, Clerici CA, Chiaravalli S, Casanova M, Luksch R, Terenziani M, Spreafico F, Meazza C, Catania S, Schiavello E, Biassoni V, Podda M, Bergamaschi L, Puma N, Massimino M, Mariani, L. 2016. The Sooner the Better? How Symptom Interval Correlates With Outcome in Children and Adolescents With Solid Tumors: Regression Tree Analysis of the Findings of a Prospective Study. *Pediatr Blood Cancer* 63(3):479-85

¹³ Porter ME. 2010. What Is Value in Health Care? *N Engl J Med* 363;26

¹⁴ Bloem BR, Rompen L, de Vries NM, Klink A, Munneke M, Jeurissen P. 2017. ParkinsonNet: A Low-Cost Health Care Innovation With A Systems Approach From The Netherlands. *Health Affairs* 36, No. 11: 1987-1996.

¹⁵ Kumbhani DJ, Fonarow GC, Cannon CP, et al. 2013. Predictors of Adherence to Performance Measures in Patients with Acute Myocardial Infarction. *The American Journal of Medicine* 126(1):74.e1-74.e9

ma si riduce drasticamente nella fase successiva (l'aderenza alle linee guida si riscontra solo nel 3,5% dei casi¹⁶), che è comunque critica per la riduzione della mortalità e delle recidive^{17,18}. Infine, i parametri ematochimici di pazienti diabetici trattati attraverso un'organizzazione di rete testimoniano un miglior controllo della patologia, indispensabile per l'ottenimento di migliori outcome a lungo termine^{19, 20}.

Gli elementi caratterizzanti la rete

In merito ai contenuti delle reti inter-organizzative Gugiatti²¹ ha individuato tre elementi base che caratterizzano qualsiasi configurazione inter-organizzativa.

- I *nodi della rete*, quelle parti (aziende, enti, strutture; comuni, distretti, strutture funzionali, gruppi, di lavoro, gruppi professionali, gruppi sociali, persone) che costituiscono la rete stessa e che secondo Butera²² presentano la capacità di sopravvivere autonomamente e di comunicare con gli altri sistemi per lo scambio di valori ed informazioni.
- Le *connessioni della rete* i legami a due a due tra i nodi che consentono la trasmissione e la diffusione all'interno della rete degli artefatti (fisici, intellettuali, informativi) prodotti da ciascun nodo²³: cooperazione lavorativa (fare); connessioni burocratiche (eseguire disposizioni); Informazioni (trasmettere e ricevere informazioni); comunicazioni (intendersi); impegni e obblighi; processi decisionali, ecc.²⁴.
- Le *proprietà operative della rete*, ciò che definisce il funzionamento della rete comprendendo sia la dimensione culturale (ad es. L'insieme di linguaggi, i codici e valori che guidano i comportamenti) sia le scelte di assetto dei sistemi operativi (ad es. La pianificazione e controllo, ricerca e sviluppo, gestione del personale).

La tipologia delle reti

In sanità i modelli operativi di integrazione delle organizzazioni secondo il concetto di rete sono numerosi e potenzialmente infiniti, in quanto si distinguono principalmente per l'intensità e l'eventuale natura gerarchica delle relazioni funzionali fra i punti di produzione dei servizi, e oscillano tra due dimensioni:

- *Reti integrate orizzontali*
- *Reti integrate verticali*

Integrazione orizzontale

Le reti integrate orizzontali prevedono la concentrazione della gestione del sistema reticolare di produzione, senza individuare a priori una gerarchia fra i punti di produzione.

¹⁶ Ergatoudes C, Thunström E, Rosengren A, et al. 2016. Long-term secondary prevention of acute myocardial infarction (SEPAT) – guidelines adherence and outcome. *BMC cardiovascular disorders* 16(1):226

¹⁷ Freemantle N, Cleland J, Young P, Mason J, Harrison J. 1999. β Blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. *BMJ* 318(7200):1730-7

¹⁸ Zhou Z, Rahme E, Abrahamowicz M, Tu JV, Eisenberg MJ, Humphries K, Austin PC, Pilote L. 2005. Effectiveness of statins for secondary prevention in elderly patients after acute myocardial infarction: an evaluation of class effect. *CMAJ* 172(9):1187-94

¹⁹ Selvin E, Marinopoulos S, Berkenblit G, Rami T, Brancati FL, Powe NR, Hill Golden S. 2004. Meta-Analysis: Glycosylated Hemoglobin and Cardiovascular Disease in Diabetes Mellitus. *Ann Intern Med* 141:421-431.

²⁰ Kearney PM, Blackwell L, Collins R, Keech A, Simes J, Peto R, Armitage J, Baigent C. 2008. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet* 371(9607):117-25.

²¹ Gugiatti A. 1996: Sistemi a rete e organizzazione dei servizi sanitari – all'interno di Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie, Milano, EGEA, 307- 337

²² Butera F. Il castello e la rete. Milano: Franco Angeli, 1990.

²³ Cartoccio A., Fabbro M.. Complessità organizzativa e sviluppo manageriale. *Sviluppo e Organizzazione*, 131, maggio-giugno, 1992, pagg 19-30

²⁴ Pipan, 2009. Gestire la sanità nella reti. Lezione al Master Universitario di II Livello In *Strategia e gestione delle organizzazioni a rete in sanità* Università Politecnica delle Marche Facoltà di Economia "G. Fuà": Settembre 2009

Esse sono orientate a realizzare la cooperazione fra erogatori che operano in uno stesso *setting* assistenziale e sono finalizzate a stabilire una collaborazione clinica sistematica che si concretizza nella condivisione di conoscenze, informazioni e modalità operative. Butera (1990) la definirebbe rete paritetica senza un vero centro gravitazionale (es.: i Dipartimenti Ospedalieri; i Dipartimenti Transmuralesi; i Dipartimenti Interaziendali; i Servizi Distrettuali).

Tale modello prevede, al fine di sfruttare la massima potenzialità dei servizi presenti nel territorio, di mettere in rete tutte le differenti tipologie di prestazioni all'interno di una stessa branca o area di attività che le differenti realtà aziendali attualmente erogano in maniera frammentata o disomogenea in modo da offrire a tutti i cittadini lo stesso livello di servizi e con la stessa qualità.

Integrazione verticale

La traduzione organizzativa del modello di rete sanitaria ad integrazione verticale è il cosiddetto sistema *hub & spoke* che prevede la concentrazione dell'assistenza di elevata complessità o rara in centri di eccellenza (*hub*), supportati da una rete di servizi (*spoke*) cui competono il primo contatto con i pazienti e il loro invio a centri di riferimento quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata e si richiedono competenze intense che non possono essere assicurate in modo diffuso, ma devono essere concentrate in centri regionali di alta specializzazione (o tecnologici) cui sono inviati gli ammalati dagli ospedali del territorio.

La rete integrata verticalmente ha due obiettivi prioritari: fornire delle economie di scala che derivano dalla condivisione di servizi ed assicurare la continuità assistenziale, poiché tutti i nodi della rete condividono linee guida cliniche e protocolli diagnostico-terapeutici. Il tentativo è quello di conciliare esigenze diverse e talvolta tra loro contrastanti: ossia una distribuzione generale dei servizi sul territorio tale da garantire facilità di accesso ai cittadini, la soddisfazione delle preferenze e delle aspettative di questi ultimi, la concentrazione degli interventi a elevata complessità in centri di riferimento quale garanzia di qualità e sostenibilità dei costi.

Un modello che potremmo definire misto (integrazione verticale/orizzontale) è quello del *modello poli/antenne* dove le specialità e i livelli di intensità sono sparsi nella rete e ogni nodo è contemporaneamente un hub e uno spoke su attività differenti per l'intera rete.

Nel continuum dell'integrazione orizzontale/verticale possono essere individuate diverse tipologie di network. Tra le tante classificazioni riportiamo quella di Goddwin²⁵, ripresa in larga misura dal *National Health Service*²⁶, che descrive quattro tipologie generali e strutturali.

Le tipologie sopra illustrate sono forme di organizzazione sociale e derivano dall'incrocio di due dimensioni basilari di un'organizzazione:

- Il livello di *regolamentazione sociale* che attiene il livello di regole e norme che governano la vita sociale
- Il livello di *integrazione sociale* che riguarda il livello per il quale la vita sociale di un individuo è legata agli altri singolarmente e/o attraverso gruppi.

²⁵ Goddwin et al. Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors, 2004

²⁶ Kennedy A.: Guide to effective managed care network for critical care, Commissioned by the National Critical care Network manager's group (England). 2007

a) Regolamentazione sociale

1. *Hierarchical networks*: sono fortemente regolati e integrati; tali network hanno un *core* organizzativo (es. uno *steering group*) che ha l'autorità per governare i membri dei network periferici. Tali network hanno molte caratteristiche delle organizzazioni individuali.
2. *Enclave networks*: sono usualmente fortemente integrati e debolmente regolati (struttura piatta). I membri condividono informazioni, idee e strategie e nuovi modelli di lavoro. Queste organizzazioni possono essere anche descritte come network di coalizione di interessi
3. *Individualistic networks*: sono debolmente regolati e integrati. I soggetti (individui o organizzazioni) in tali network cercano di occupare una posizione centrale tra le differenti organizzazioni gerarchiche o enclave al fine di controllare i collegamenti tra tali gruppi. A volte è chiamato network a legame flessibile o network a farfalla.
4. *Isolates*: sono fortemente regolati ma debolmente integrati; gli isolate hanno pochi legami, sono poco responsabili nei confronti degli altri e generalmente non sono coinvolti nei network.

b) Integrazione sociale

1. *Learning and informational network* - Una forma molto comune di network che permette agli stakeholder di condividere idee e informazioni, best practice, policy e strategie, ma non necessariamente lo sviluppo di nuove strutture di offerta. Finanziariamente sono sostenuti dai membri (individui/organizzazioni) stessi del network e coordinati per lo più da un organo rappresentante o da un'agenzia governativa o da un'istituzione neutra di supporto (es. Università).
2. *Co-ordinated Health and Social Care Network* - Tali network sono più integrati formalmente: lo scopo è quello di promuovere la riorganizzazione del servizio attraverso partnership istituzionali di professionisti. Una forma di network coordinato è il modello hub & spoke che ripartisce ruoli e funzioni tra ospedali al fine di migliorare l'accesso e/o rendere più efficace l'utilizzo del servizio.
3. *Procurement network* - Soprattutto negli Stati Uniti si è sviluppata la tendenza a provvedere a tutti gli elementi che compongono il continuum assistenziale, dall'assicurazione sanitaria ai servizi ospedalieri e non fino al *long term care*. Tale rete si sviluppa attraverso le strategie a livello di corporate, strategie funzionali attraverso lo sviluppo di sistemi informatici e di finanziamento che permettano acquisti comuni e attraverso l'integrazione tra i clinici (case-management).
4. *Managed network* - È una forma meno co-ordinata e più organizzata, controllabile e chiusa di network. Un esempio è il Kaiser Permanent negli USA che ha: una popolazione definita (gli iscritti); una responsabilità contrattuale per un pacchetto definito e completo di servizi sociosanitari; un network chiuso ad un gruppo ristretto di provider retribuiti (o a contratto o dipendenti); un'enfasi sulle cure primarie e servizi non istituzionali extramurari; un utilizzo di revisioni sistematiche o del disease management per migliorare la qualità.

Indipendentemente dalla struttura delle relazioni della rete due sono le condizioni base che devono sussistere affinché un network si costituisca e perduri nel tempo ^{27, 28, 29, 30, 31, 32.}

²⁷ Jarrillo C. J.: On strategic networks, Strategic Management Journal, vol. 9, 31-41, 1988

²⁸ Grandori A.: Reti inter-organizzative: progettazione e negoziazione, economia e Management 7, marzo 28-40, 1989

²⁹ Luke R., Begun J., Pointer D. Quasi firm : strategic interorganizational form in the health care industry. Academy of Management Review, Vol. 14,1,9, 14-19, 1989

³⁰ Powell W.W., "Neither Market Nor Hierarchy: Network Forms of Organization", Research in Organizational Behavior, Vol. 12, 1990

³¹ Zuckerman H., Kaluzny A., Ricketts T., 1995: Alliances in health care: what we know, what we think we know, and what we should know, Health Care Management Review, vol.20, 1: 54-64

³² Thomas H., Ketchen D., Trevino L., McDaniel R. 1992. Developing interorganizational relationships in the health sector: a multicase study, Health Care Management Review, vol.17, 2,7-19.

1. Deve esistere una comunanza e condivisione di intenti strategici e/o di obiettivi perseguiti dalle organizzazioni inserite nella rete
2. Tutte le organizzazioni che partecipano alla rete in qualche modo devono trarre beneficio dalla loro partecipazione ed i meccanismi di redistribuzione dei benefici complessivamente accumulati devono essere corretti, equi, trasparenti.

Ulteriori requisiti suggeriti da Wall e Boggust³³ sono:

- Supporto di procedure basate sulle prove di efficacia;
- Struttura organizzativa e gestionale chiara;
- Ricorso costante a processi educativi e di addestramento;
- Rappresentazione dei pazienti nella gestione della rete;
- Garanzia dei livelli di responsabilità e di qualità.

Una ricerca dell'AGENAS.³⁴ (2009) sui fattori prioritari d'implementazione delle reti cliniche ha evidenziato che il *coinvolgimento e la responsabilizzazione dei professionisti della rete* (nonché il supporto di un coordinamento tecnico regionale) e la presenza di *risorse dedicate* rappresentano i due principali fattori che offrono la garanzia di alta probabilità di successo di qualsiasi progetto di rete.

Sono stati definiti 40 requisiti per la organizzazione e funzionamento delle reti cliniche regionali. Il primo requisito per il livello regionale. Al livello regionale viene demandato lo start del processo. I restanti 39 requisiti sono gli elementi costitutivi della RSR e sono stati definiti secondo il modello di Donabedian/Vaccani in requisiti di Struttura (8 requisiti), Meccanismi operativi (27 requisiti) e di Risultato (4 requisiti) delle reti (Tabella 1).

In termini di Risultato la Rete Specialistica Regionale viene valutata in termini di *Efficacia, Sicurezza, Efficienza* ed in base alla *Esperienza e benessere di cittadini e operatori*.

Tabella 1 - Requisiti reti specialistiche regionali – RSR (Tabella di sintesi)

Codice		Requisiti Reti Specialistiche Regionali (RSR)
Struttura di base		
1	0	Organizzazione e Direzione/Sistema di Governo
2	0	Allocazione delle risorse: Personale
3	0	Allocazione delle risorse: Strutture
4	0	Allocazione delle risorse: Tecnologie
5	0	Allocazione delle risorse: Risorse economiche
Meccanismi operativi		
6	0	Processi assistenziali: Presa in carico del paziente
7	0	Processi assistenziali: PDTA - Clinical Pathway (3)
8	0	Dimissioni protette
9	0	Monitoraggio Qualità
10	0	Processi assistenziali: Ricerca Clinica, Epidemiologica e Organizzativa
11	0	Processi di supporto: Formazione
12	0	Processi strategico gestionali: Pianificazione e monitoraggio
13	0	Processi strategico gestionali: Comunicazione –Trasparenza

³³ Wall, D. e Boggust, M. (2003). Developing managed clinical networks. Clinical Governance Bulletin, 3(6); 3.

³⁴ De Giacomi G., Di Virgilio E., Aguilar Matamoros M., Di Domenicantonio R., Angelastro A.: Reti ospedaliere Strumenti e modelli per la programmazione - AGENAS - I quaderni di Monitor (suppl. al n.24 del 2009) -L'Attività Ospedaliera: Dati e Riflessioni) Pag. 193-212

Processi sociali		
14	0	Benessere Operatori
Risultati		
15	0	Prestazioni: output e outcome
16	0	Esperienza del paziente e Soddisfazione dei pazienti- utenti -cittadini
17	0	Conoscenze e Competenze

A livello di **Struttura** della RSR sono definiti i requisiti di organizzazione e direzione/sistema di governo e i requisiti di allocazione e gestione delle risorse.