



AISF

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL FEGATO

Riconosciuta con D.M. del 7.5.1998, G.U. del 20.6.1998

Iscritta nell'Elenco di cui all'art. 1, comma 353, della Legge 23.12.2005 n. 266, D.P.C.M. 15.4.2011

Iscritta nell'Elenco di cui all'art. 14, comma 1, del D.L. 14.3.2005, n. 35, convertito nella Legge 14.5.2005 n. 80, D.P.C.M. 15.4.2011



PUBLIC AFFAIRS AWARDS

ECCELLENZA 2011

SOCIETÀ
ASSOCIAZIONI
SCIENTIFICHE

Modello Ragionato di Rete Clinico-Assistenziale Epatologica



AISF

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL FEGATO

Riconosciuta con D.M. del 7.5.1998, G.U. del 20.6.1998

Iscritta nell'Elenco di cui all'art. 1, comma 353, della Legge 23.12.2005 n. 266, D.P.C.M. 15.4.2011

Iscritta nell'Elenco di cui all'art. 14, comma 1, del D.L. 14.3.2005, n. 35, convertito nella Legge 14.5.2005 n. 80, D.P.C.M. 15.4.2011



PUBLIC AFFAIRS AWARDS

ECCELLENZA 2011

SOCIETÀ

ASSOCIAZIONI

SCIENTIFICHE

Indice

1. Introduzione	3
1.1 Premessa	3
1.2 Razionale	3
2. Rete clinico-assistenziale epatologica	5
2.A. Modello di governance	5
2.A.1. Modello organizzativo	5
2.A.2. Relazioni tra livello regionale e aziendale	7
2.A.3. Piano di Rete	7
2.A.4. Connessione tra i nodi di Rete	9
2.A.5. Aspetti di integrazione ospedale-territorio	10
2.A.6. Monitoraggio	11
2.B. Allocazione delle risorse	13
2.B.1. Personale	14
2.B.2. Strutture	14
2.B.3. Tecnologie	14
2.B.4. Risorse economiche	15
2.C. Monitoraggio delle performance	15
2.C.1. Mobilità sanitaria	15
2.C.2. Esperienza del paziente e grado di umanizzazione	16
2.D. Formazione dei professionisti sanitari	16
2.E. Comunicazione e informazione ai cittadini	16
3. Gruppo di lavoro	18



1. Introduzione

1.1 Premessa

Secondo quanto previsto dal DM 70/2015 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), le Regioni sono state chiamate a riorganizzare la rete ospedaliera secondo un modello di progressiva complessità (ospedali di base, di I livello e di II livello), in relazione al bacino di popolazione residente, dei servizi di emergenza e delle unità operative presenti, definite secondo standard per disciplina o specialità clinica, tenendo conto anche dei dati di volumi e esiti di attività. "La rete ospedaliera ha l'obiettivo primario di assicurare la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure e l'uso appropriato delle risorse. Il raggiungimento di questo obiettivo richiede una continua collaborazione tra i diversi servizi ospedalieri e una stretta integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali. In questo modo si può rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali e consentire a tutte le strutture e i professionisti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di "presa in carico" dei pazienti, garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore specificità ai contesti sociali in cui la rete dell'offerta è inserita¹". Il DM 70/2015 sottolinea che nel "disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle *reti per patologia* che integrano l'attività dei vari ospedali e la rete ospedaliera con l'attività territoriale".

Il 30 giugno 2016 il Tavolo Istituzionale per la Revisione della Reti Cliniche ha definito le *reti clinico assistenziali* quali modello organizzativo per la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, i professionisti, le strutture e i servizi che erogano interventi sanitari e socio-sanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa. La rete deve individuare i nodi e le relative connessioni definendone il funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e la sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini.

Il 24 gennaio 2018 è stato siglato l'Accordo Stato-Regioni, ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al DM 70/2015, sul documento "*Linee guida per la revisione delle reti cliniche*", oltre che su "Le reti tempo dipendenti". Il ruolo chiave delle Reti clinico-assistenziali è stato anche sottolineato nel "*Piano Nazionale della Cronicità*" - Parte prima, Sezione B, Punti 3 e 4, Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016-, e nel "*Piano Nazionale della Prevenzione 2025*" -PP4, PP6, PP7, PP8, PP9-.

1.2 Razionale

L'Associazione Italiana Studio del Fegato (AISF), che include e rappresenta in modo trasversale a livello sia nazionale che regionale la maggior parte degli operatori sanitari (specialisti in gastroenterologia, medicina interna, malattie infettive, chirurgia, biologi) che gestiscono le malattie del fegato, con l'obiettivo di superare le eterogeneità regionali e l'offerta "a silos" delle prestazioni e dei servizi sanitari e garantire una presa in carico completa del paziente affetto da malattie epatiche, propone l'istituzione della *Rete clinico-assistenziale epatologica*, nell'ambito della macro-categoria delle reti clinico-assistenziali integrate (fra ospedale e cure primarie) per la gestione delle cronicità, e da condividere con altre Società scientifiche qualificate con interesse in ambito epatologico, e con Associazioni di pazienti. La progettazione della Rete da parte dei prima citati attori prevede quindi una attenta analisi della letteratura e dei bisogni clinico-



assistenziali, nonché una discussione interdisciplinare e che quindi renda quanto proposto nella Rete espressione del consenso di tutti gli stakeholder coinvolti.

Le malattie croniche del fegato (MCF) rappresentano un'emergenza epidemiologica e clinica sia a livello mondiale che nazionale. I dati del *Global Burden of Diseases*² stimano che nel 2016, nel mondo, sono decedute 828.940 persone per epatocarcinoma e 1.256.850 persone per cirrosi epatica, determinando nello stesso anno rispettivamente circa 20 e 37 milioni di anni di vita persi. Lo stesso report stima per il 2040 un incremento del numero di decessi per carcinoma epatico e per cirrosi epatica rispettivamente del 100% e del 50%. In linea con queste stime, i dati ISTAT del 2019 riportano che in Italia, nel 2018, su un totale di 632.940 decessi, 9.246 (1,46%) erano secondari a tumori del fegato e 5.419 (0,88%) erano dovuti a cirrosi epatica³. Dati del Bollettino SAIEVA relativi all'anno 2021 sui nuovi casi di epatite virale, riportano nel corso del 2021 126 nuovi casi di Epatite A, con un lieve incremento dell'incidenza (0,25/100.000) rispetto all'anno precedente (0,19/100.000 nel 2020), ma con un trend in diminuzione degli ultimi anni dopo l'epidemia del 2017-2018; 89 casi di Epatite B acuta, con una lieve diminuzione dell'incidenza (0,18/100.000) rispetto all'anno precedente (0,21/100.000 nel 2020), e con un trend in diminuzione degli ultimi anni; e 24 nuovi casi di epatite C acuta, con un'incidenza di 0,05 casi per 100.000 abitanti, in lieve aumento rispetto a quello del 2020 (0,04/100.000), ma con un trend in diminuzione rispetto agli ultimi 13 anni.

Il rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero in Italia nel 2019 riporta 20.768 dimissioni per "Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica" 22,699 per "Cirrosi e epatite alcolica", e 38.774 per "Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas". Infine, dati ufficiali del Centro Nazionale Trapianti riportano come in Italia il numero di trapianti di fegato effettuati dal 1992 al 2020 è stato oltre 25.000; in particolare nel 2020 e nel 2021 sono stati eseguiti sempre in Italia rispettivamente 1201 e 1376 trapianti di fegato.

È importante sottolineare che le MCF hanno una lunga storia naturale, sono caratterizzate da un'eterogeneità eziologica, epidemiologica, biologica e la loro prognosi dipende dallo stadio della malattia, dalla funzione epatica, dal grado di ipertensione portale e dall'eventuale sviluppo di una neoplasia primitiva del fegato. L'eziologia e l'epidemiologia della maggior parte delle malattie epatiche sono ben conosciute, come anche le azioni necessarie per la prevenzione di alcune di esse. Inoltre, negli ultimi anni, sono stati introdotti diversi test eziologici specifici, sono notevolmente migliorati i criteri diagnostici e, infine, si sono rese disponibili terapie efficaci, seppur costose.

Nonostante i notevoli progressi scientifici e tecnologici registrati negli ultimi anni, esiste un evidente gap tra le evidenze scientifiche disponibili e la capacità di risposta sistematica ai bisogni di salute. La corretta gestione delle persone con MCF, infatti, si basa sui principi dell'assistenza sanitaria integrata che prevede l'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), la stretta collaborazione tra i servizi sanitari territoriali e i centri specialistici, la realizzazione di modelli assistenziali per la prossimità assistenziale, oltre a progetti per potenziare la relazione e la comunicazione con i pazienti e lo stretto monitoraggio dei risultati.

Per applicare questi principi, il Piano Sanitario Nazionale e i Piani Sanitari Regionali hanno previsto e programmato le reti clinico-assistenziali che prevedono dei processi di innovazione del sistema sanitario per le patologie caratterizzate da grande rilevanza sociale ed economica.



Le reti clinico-assistenziali nascono quando i sistemi si riempiono di connessioni; crescono se le spinte collaborative bilanciano quelle competitive; durano se si accettano le condizioni del “gioco di rete”; funzionano se sono ben governate.

Se ben costruita e governata, la rete assistenziale diventa “un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell’appropriatezza clinica e organizzativa. La Rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini”⁴.

Le reti clinico-assistenziali sono essenziali per realizzare i programmi di equità di accesso ai PDTA e per contrastare le disuguaglianze assistenziali. Infatti, superano la frammentarietà dell’assistenza e, tramite un uso significativo dell’ICT (information and communication technology) aziendale e sovra-aziendale forniscono ai cittadini maggiori garanzie di continuità e di umanizzazione delle cure; aumentano l’efficienza del sistema sanitario ed evitano sprechi di risorse; permettono ai professionisti di sviluppare “competenze distintive” appropriate e coerenti con le funzioni svolte e compatibili con le reali potenzialità del contesto nel quale sono chiamati ad operare.

2. Rete clinico-assistenziale epatologica

2.A. Modello di governance

2.A.1. Modello organizzativo

L’obiettivo della Rete clinico-assistenziale epatologica, formalizzata attraverso un Atto Deliberativo del Governo Regionale che ne definisce gli aspetti programmatici e di indirizzo, è quello di garantire l’equità di accesso ai percorsi diagnostici, organizzare la tempestività e l’appropriatezza delle cure e migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini.

Il perimetro della Rete epatologica deve prevedere attività inerenti:

- 1) La prevenzione delle malattie di fegato trasmissibili e non trasmissibili, ovvero tutte le attività volte all’informazione alla popolazione, alla divulgazione scientifica ed educativa della popolazione e del personale sanitario e parasanitario.
- 2) l’accesso rapido e corretto alla diagnosi delle epatopatie, ovvero alla gestione e intercomunicazione delle risorse diagnostiche strumentali nonché delle professionalità sul territorio operanti nei nodi della rete.
- 3) la corretta gestione delle malattie epatiche con particolare riguardo alla garanzia dell’attuazione delle buone pratiche cliniche e del rapido accesso alle cure di primo e secondo livello per le malattie di fegato acute e/o croniche di qualsiasi livello di gravità comprese le patologie terminali per le quali deve essere garantita la valutazione trapiantologica (cure di terzo livello). A tale scopo la Rete epatologica, tramite il proprio organismo di Coordinamento regionale deve essere in comunicazione con il Coordinamento regionale delle reti per il trapianto. In modo particolare il paziente con insufficienza epatica e sue complicanze dovrebbe essere gestito nei centri Hub laddove è necessaria la realizzazione di un canale diretto e formale con il centro trapianti di riferimento.



Il modello organizzativo è basato sul quadro epidemiologico, sull'analisi dei fabbisogni della popolazione e sui bacini di utenza e comprende, per garantire una capillare copertura territoriale, la definizione dei nodi e dei componenti della Rete, in maniera coerente con la normativa nazionale di riferimento, e in particolare con il DM 70/2015.

La Rete è governata da un apposito organismo di livello regionale (Coordinamento regionale della Rete), e rappresentativo delle componenti istituzionali e professionali e dei principali stakeholder individuati e nominati dall'Assessorato della Salute Regionale:

1. Un referente della direzione generale regionale dell'Assessorato della Salute competente in materia di reti sanitarie che fungerà anche da referente di tutte le direzioni generali delle aziende sanitarie.
2. Un coordinatore riconosciuto come esperto della gestione clinica, scientifica e manageriale delle malattie del fegato.
3. Due rappresentanti delle Società scientifiche più rappresentative presenti in regione, - diversi dal coordinatore indicato al punto 2, e di cui un rappresentante dell'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (AISF) che è una Società trasversale che include e rappresenta la maggior parte dei clinici che gestiscono le malattie del fegato in Italia.
4. Un referente del Servizio Farmaceutico Regionale.
5. Un referente dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale.
6. Un referente del Dipartimento di Prevenzione Regionale.
7. Un rappresentante dei Medici di Medicina Generale (MMG).
8. Un rappresentante dei professionisti sanitari che partecipano alle attività della rete.
9. Un rappresentante delle associazioni di volontariato e/o dei pazienti.
10. Un esperto di sistemi informatici.

Il Coordinamento Regionale della Rete ha il compito di:

- Garantire il governo e l'interazione organizzativa di tutte le strutture e i professionisti coinvolti nella Rete.
- Proporre e validare il Piano di Rete.
- Definire le modalità organizzative per realizzare la connessione tra i nodi di Rete.
- Coordinare, validare e monitorare i PDTA.
- Verificare il rispetto dei parametri di appropriatezza delle prestazioni erogate, al fine di garantire il mantenimento di adeguati livelli di qualità e sicurezza delle attività di Rete.
- Monitorare gli obiettivi e redigere, sulla base degli esiti del monitoraggio, una relazione annuale sul funzionamento della stessa.
- Definire, all'interno del Piano di Rete, le modalità operative e gli strumenti per ottimizzare le risorse professionali, tecnologiche e strutturali dei centri *hub & spoke*.
- Definire il piano delle attività formative di Rete tenendo conto dei livelli di responsabilità e delle specifiche attività dei centri *hub & spoke* e favorendo l'integrazione tra i professionisti dei diversi nodi della Rete.

Il Coordinamento regionale della Rete può organizzare e utilizzare le competenze degli esperti nei seguenti gruppi di lavoro:

1. Epatopatie acute e croniche virali con la collaborazione di infettivologi, medici dei servizi per le dipendenze (SERD) e delle carceri, MMG.
2. NALFD/NASH con la collaborazione di diabetologi, nutrizionisti e dietisti, chirurghi bariatrici, cardiologi, MMG.



3. Epatopatie immunomediate e rare con la collaborazione di patologi clinici, istologi e genetisti.
4. Neoplasie epatiche con la collaborazione di oncologi, istologi, chirurghi e chirurghi trapiantologi, radiologi, radioterapisti, specialisti di medicina nucleare e specialisti delle cure palliative.
5. Cirrosi, scompenso epatico acuto e cronico con la collaborazione di specialisti endoscopisti, rete dell'emergenza-urgenza, rete dei trapianti e servizi di assistenza domiciliare.
6. Epatopatie alcoliche con la collaborazione dei SERD.

Criteri di composizione delle commissioni tecniche:

- La numerosità e la scelta dei componenti delle Commissioni tecniche è stabilita dalla Commissione Regionale della Rete che tiene conto della specificità del piano di rete e dell'integrazione multidisciplinare necessaria.

2.A.2. Relazioni tra livello regionale e aziendale

Il Coordinamento Regionale della Rete si relaziona con il livello organizzativo-gestionale delle aziende sanitarie Regionali. In particolare il Coordinamento Regionale opera su un piano di programmazione ed ha quindi ruolo su attività di indirizzo e di monitoraggio; viceversa è demandato ad ogni singola Azienda Sanitaria il piano gestionale di organizzazione di singoli servizi. Pertanto, il Coordinamento Regionale deve relazionarsi con:

- Aziende del sistema sanitario regionale
- Strutture sede di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)
- Strutture sedi di Università
- Strutture private convenzionate

Al fine di una corretta interazione, deve essere garantita massima coerenza tra la programmazione sanitaria regionale e gli obiettivi della rete ospedaliera regionale, gli obiettivi della Rete clinico-assistenziale epatologica e gli obiettivi dei direttori generali delle aziende sanitarie.

L'implementazione della Rete clinico-assistenziale epatologica a livello aziendale avviene attraverso l'attivazione dei PDTA specifici:

- Le Regioni scelgono, sulla base della complessità organizzativa locale, di attivare o meno Dipartimenti aziendale o interaziendale funzionali come nodo funzionale erogativo dei servizi della Rete;
- I PDTA specifici devono essere condivisi dai Dipartimenti che partecipano alla Rete e da tutti i professionisti potenzialmente coinvolti;
- Le associazioni di volontariato che operano nel territorio di competenza aziendale partecipano attivamente alla elaborazione ed al monitoraggio del PDTA, nonché all'informazione e alla divulgazione dei progetti della rete regionale.

2.A.3. Piano di Rete

La Commissione regionale della Rete clinico-assistenziale epatologica predisponde e valida un Piano di Rete costitutivo, coerente con gli obiettivi assegnati, i relativi indicatori e le risorse disponibili, nel quale devono essere definiti:

- I criteri per individuare le strutture che partecipano alla Rete e la relativa articolazione funzionale, in particolare:
 - Identificare le strutture territoriali attive negli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione;
 - Censire le tecnologie avanzate esistenti in ambito diagnostico e terapeutico;



- Individuare gli operatori e la loro qualificazione professionale, per evitare duplicazioni, ritardi e rischi legati a servizi privi dei requisiti raccomandati;
- Le modalità organizzative per realizzare la connessione tra i nodi della rete e individuare i punti di accesso alla rete;
- La definizione dei requisiti di qualità e sicurezza dei processi e percorsi di presa in carico dei pazienti;
- L'articolazione del sistema di valutazione e monitoraggio dei livelli di efficienza, efficacia, qualità e sicurezza delle performance di rete;
- La definizione dei criteri per la partecipazione e la condivisione delle attività di ricerca e accesso all'innovazione (in conformità con il GDPR 2016/679 per attività di ricerca e pubblicazione);
- La definizione del piano formativo della Rete;
- La definizione delle modalità di comunicazione e informazione tra i professionisti della Rete e i cittadini;
- L'individuazione delle sedi e delle fasi del PDTA in cui le associazioni del volontariato e/o dei pazienti "accreditati" dalla Rete svolgono specifiche funzioni di integrazione e/o completamento dell'offerta istituzionale.

La costituzione ed il funzionamento della Rete prevedono l'analisi del quadro epidemiologico, dei fabbisogni clinico-assistenziali e della disponibilità e tipologia dell'offerta, tenendo conto che non tutte le prestazioni di cui necessitano i pazienti affetti da malattie epatiche sono comprese nei LEA.

Le reti clinico-assistenziali hanno come fondamento il principio dell'equità di accesso a prestazioni di qualità uniforme e il modello è caratterizzato dalla specializzazione dei centri che ne fanno parte; dal miglioramento della cooperazione e dalla minima competizione tra gli operatori sanitari; dalla minima ridondanza delle prestazioni; dall'uniformità delle diagnosi; dal corretto accesso alle terapie e dalla misurazione dei risultati.

Questi obiettivi devono essere garantiti attraverso l'organizzazione di processi clinici che si basano sulla buona pratica clinica, la trasparenza delle procedure diagnostiche e la tracciabilità delle decisioni terapeutiche che, secondo il DM 70/2015, non devono prevedere nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e devono essere organizzati nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio Sanitario Nazionale.

Tutto ciò può essere ottenuto attraverso la creazione e l'implementazione di PDTA condivisi. È inoltre necessario determinare i "nodi" su cui costruire la Rete, nonché implementare strumenti organizzativi quali la telemedicina ed implementare la formazione degli appartenenti la Rete tramite organizzazione di corsi formativi e stesura di documenti tecnici.

Il PDTA deve:

1. Definire i criteri chiave dell'assistenza dei pazienti basata sulle evidenze scientifiche (evidence-based medicine) e le best practice (linee guida di organizzazioni scientifiche nazionali e internazionali);
2. Esplicitare un adeguato percorso di cura in grado di soddisfare i bisogni di salute della popolazione secondo le evidenze disponibili (evidence-based health care) e che deve essere applicato negli ambiti territoriale, aziendale, integrato ospedale/territorio.
3. Permettere al Servizio Sanitario di misurare la qualità degli esiti di salute in rapporto alle strutture organizzative e ai finanziamenti messi a disposizione (value-based medicine) e condurre un'analisi di costo efficacia del programma sanitario pianificato ⁵.



L'obiettivo finale del PDTA è permettere a tutti gli stakeholder di applicare le migliori evidenze cliniche ed organizzative disponibili al processo decisionale clinico per ottenere cambiamenti comportamentali e procedurali (appropriatezza diagnostica e terapeutica); di utilizzare le innovazioni tecnologiche e gestionali per prevenire la progressione della malattia, ridurre la mortalità, migliorare la qualità di vita; di aumentare il value con una possibile riduzione dei costi sanitari diretti e indiretti.

Il successo dell'implementazione di un PDTA dipende da tre caratteristiche: basato sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, adattato al contesto locale, condiviso tra professionisti e management. Un PDTA con queste caratteristiche richiede un rigoroso processo di produzione, lo sviluppo di una strategia multifattoriale di implementazione e la definizione di un set di indicatori robusti e facilmente misurabili.

In ambito epatologico è opportuno pianificare e attuare PDTA per gruppi omogenei di patologie, utilizzando linee guida di riferimento che meglio si adattano all'ambito clinico, organizzativo, sanitario, sociale ed economico di un determinato territorio:

- Malattie virali ^{6,7,8,9,10}
- Malattie immunomediate ^{11,12,13}
- Steatosi epatica non alcolica - *Nonalcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD)*¹² - e malattia epatica da alcool - *Alcoholic Fatty Liver Disease (AFLD)* ^{14,15}
- Epatocarcinoma - *HepatoCellular Carcinoma (HCC)* ^{16,17}
- Cirrosi scompensata ^{18,19,20,21}

Attualmente in alcune regioni Italiane esistono dei modelli di Rete Epatologica già realizzati o in corso di realizzazione: la regione Sicilia ha istituito la Rete Epatologica Siciliana - SINTESI, <http://www.sintesihepatology.org> - che mette insieme figure multidisciplinari per la gestione delle malattie del fegato e che include registri web-based per Epatite C, Epatite B, Colangite biliare primitiva, HCC e NAFLD/NASH; La Regione Lombardia ha formalmente istituito delle Commissioni tecniche mirate alla realizzazione di una Rete Epato-Gastroenterologica regionale la cui costruzione è in opera; La Regione Veneto con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1862 del 29 dicembre 2021 ha stabilito l'Istituzione della Rete Epatologica Veneta la cui realizzazione è in corso; La regione Campania ha attivo un PDTA per la gestione del trattamento dell'Infezione da HCV (Decreto Dirigenziale n. 329 del 17/07/2019); etc.

2.A.4. Connessione tra i nodi di Rete

I diversi nodi della Rete, in un sistema *hub & spoke* fluido, dinamico e flessibile, si devono integrare per favorire una maggiore efficienza della Rete stessa, anche attraverso condivisione delle risorse tecnologiche, di personale ed economiche. Ciascuna regione, sulla base della situazione locale, deve stabilire dei criteri che permettano di definire e caratterizzare i centri *hub* e gli *spoke*, e fondati su criteri oggettivi quali la tipologia di servizi erogati, le dotazioni tecnologiche, i volumi generati e la possibilità di fornire consulenze da remoto. In modo particolare i centri hub devono essere caratterizzati dal disporre di un servizio di ecografia diagnostica ed interventistica, un servizio di endoscopia diagnostica ed interventistica, un servizio di radiologia diagnostica ed interventistica, la disponibilità di ambulatori/Day Service/Day Hospital e di posti di degenza dedicati a pazienti con malattie di fegato, nonché la possibilità di disporre all'interno della propria struttura ospedaliera di posti letto di terapia intensiva, ed infine un canale formale attivato di comunicazione con il/i centri trapianto di riferimento. I centri hub inoltre,



per le procedute di urgenza, devono anche disporre di personale reperibile fra epatologi e radiologi. I centri spoke possono invece disporre solo di alcune di queste attività.

Tali attività nel loro insieme sono necessarie al fine di garantire:

- Uniforme aderenza al PDTA;
- Qualità dei livelli assistenziali tra i vari nodi della Rete con una articolazione funzionale dei nodi di 2° livello che devono disporre di tutte le componenti specialistiche considerate essenziali nel trattamento delle malattie epatiche e delle tecnologie più avanzate nei singoli ambiti diagnostico-terapeutici, quali servizi di ecografia, endoscopia e radiologia diagnostica ed interventistica, e ambulatori/Day Service/Day Hospital dedicati.
- Uniforme crescita professionale degli operatori della Rete (programmi di formazione continua e di ricerca);
- Ottimizzazione delle risorse sulla base di bacino di utenza e alle peculiarità geografiche/orografiche per migliorare la medicina di prossimità;
- Omogeneizzazione delle capacità di intervento della Rete attraverso l'attribuzione di specifici ruoli e livelli di responsabilizzazione nell'erogazione delle prestazioni ai differenti nodi, secondo criteri anche di alternanza temporale che tengano conto delle esigenze e dei bisogni assistenziali del territorio su cui i nodi insistono;
- Multidisciplinarietà e multiprofessionalità (*mobile team*), per specifiche prestazioni sanitarie ad alta intensità e per periodi definiti (es. presa in carico di pazienti con patologie complesse o rare, continuità assistenziale).

Ai fini delle attività di monitoraggio e verifica dell'effettiva realizzazione delle condizioni favorevoli le connessioni tra i nodi di Rete sarà definito un set standardizzato di indicatori.

2.A.5. Aspetti di integrazione ospedale-territorio

La Rete clinico-assistenziale epatologica, anche attraverso, fra ospedale e territorio La Rete clinico-assistenziale epatologica deve assicurare una integrazione fra ospedale e territorio e con il coordinamento regionale dell'emergenza-urgenza, basata sulla generazione di Team multidisciplinari inter-ospedalieri, intra-ospedalieri e fra specialisti ospedalieri e professionisti che invece lavorano sul territorio, e sulla definizione di protocolli e procedure per l'integrazione organizzativa e professionale tra i singoli nodi della Rete. La creazione di una cartella clinica elettronica condivisa fra ospedali e territorio nonché l'istituzione della figura del Case-Manager rappresentano ulteriori strumenti per realizzare l'integrazione ospedale-territorio;

Tale attività nel suo insieme

- garantisce l'appropriata presa in carico dei pazienti;
- assicura la continuità assistenziale tra i diversi professionisti intra- ed extra-ospedalieri, tenendo conto che a livello territoriale non è prevista la figura professionale dell'epatologo;
- elabora ed implementa i PDTA, ai quali devono essere conformati i Piani di Assistenza Individuale (PAI) dei singoli assistiti.

La Rete epatologica assicura la continuità assistenziale considerata dal Piano Nazionale della Cronicità perché:

- La logica di rete valorizza il ruolo dei MMG e dei professionisti territoriali, realizzando un modello d'integrazione tra coloro che operano nell'ospedale e nel territorio.
- Il modello assistenziale orientato alla continuità assistenziale, prevede il disegno di appositi percorsi e la presa in carico, costante nel tempo, da parte di un team multiprofessionale e multidisciplinare, caratterizzato da



competenze sanitarie ed anche sociali, nonché il monitoraggio, mediante adeguati strumenti di valutazione, dell'appropriatezza e dell'interfaccia tra i vari setting assistenziali.

Gli elementi prioritari per assicurare la continuità assistenziale sono:

- Il governo unitario della rete regionale che individui, in accordo con i dirigenti delle aziende sanitarie, le strutture di accesso in grado di prendere in carico il singolo caso, assicurando la continuità dell'intero percorso extra-ospedaliero;
- La valutazione, durante il ricovero ospedaliero, delle condizioni cliniche e socio-assistenziali, al fine di indirizzare il paziente al percorso assistenziale più idoneo da seguire alla dimissione;
- La gestione delle comorbidità;
- I percorsi di presa in carico condivisi e PAI, che prevede anche il coinvolgimento e l'empowerment del paziente e di eventuali caregiver;
- I programmi di ospedalizzazione domiciliare;
- I poliambulatori in cui siano presenti medici specialisti, MMG ed infermieri;
- I team infermieristici per l'assistenza domiciliare dei pazienti
- I team multiprofessionali: MMG, infermiere professionale, palliativista, terapeuta della riabilitazione, psicologo;
- la rete informatica per collegare i nodi di rete;
- l'informazione ai pazienti e la comunicazione ai cittadini per fornire indicazioni in maniera semplice e diretta attraverso la realizzazione di siti web che facilitino l'accesso e l'orientamento ai percorsi definiti.

2.A.6. Monitoraggio

La rete deve dotarsi di un sistema di raccolta dati finalizzato alla corretta valutazione e al monitoraggio dei livelli di efficienza, di efficacia, di qualità e di sicurezza delle attività svolte. Gli indicatori e i relativi standard di riferimento, nonché le checklist per la valutazione dei PDTA, devono interessare tutte le componenti ospedaliere e territoriali della rete.

I flussi informativi devono essere coerenti con gli indicatori utilizzati, che possono essere:

- Indicatori di 1° livello: direttamente implementabili sulla base dei dati presenti nel sistema informativo territoriale/ospedaliero/regionale. Fra i vari indicatori da considerare: 1) Ricognizione dei modelli organizzativi adottati dalle Regioni per la realizzazione della connessione dei nodi di Rete; 2) Numero di pazienti con visite ambulatoriali per malattia di fegato; 3) Numero di pazienti ricoverati per malattia di fegato; 4) Numero di procedure/trattamenti di interesse epatologico eseguiti; 5) Volumi/soglia; 6) Tempi di presa in carico; etc...

Proposta di indicatori di I livello:

Livello	Indicatore	Definizione	Fonte	Dimensione
I	Volume di visite	Numero di visite ambulatoriali per malattie di fegato	SDO	efficienza
I	Volume di DH/day service	Numero di DH/Day service per epatopatia	SDO	Efficienza/sicurezza
I	Volume ricoveri	Numero di ricoveri ordinari per epatopatia	SDO	Efficienza/sicurezza
I	Volume diagnostica epatica	Numero di Ecografie addominali/TC/RM effettuate per epatopatia	SDO	Efficienza/sicurezza
I	Numero di EGDS/legature di varici esofagee per epatopatia		SDO	Efficienza/sicurezza
I	Volume terapie antivirali	Numero di terapie antivirali per epatite C/B/delta	Registri AIFA/Registri regionali/PNE	Efficienza/sicurezza
I	Tempi di presa in carico terapie antivirali		Registri AIFA	Efficienza/sicurezza
I	Volume TIPS/TAE/TACE/ RF	Numero di TIPS/TAE/TACE/RF effettuate per ipertensione portale/HCC	SDO	Efficienza/sicurezza
I	Mortalità per complicanze epatopatie acute/croniche		SDO	Efficienza/sicurezza

Proposta di indicatori di II livello

Livello	Indicatore	Definizione	Fonte	Dimensione
II	Volume di trasferimento da spoke a Hub	Numero di pazienti epatopatici riferiti a centri hub da centri spoke	SDO	Efficienza/appropriatezza
II	Volume di back transport da hub a spoke	Numero di pazienti epatopatici trasferiti da hub a spoke	SDO	Efficienza/appropriatezza
II	Ricognizione qualitativa del personale per la realizzazione del modello organizzativo adottato	Numero del personale disponibile per rete epatologica/totale del personale afferente ai reparti componenti la rete	PDTA regionali e LG reti cliniche regionali	Efficienza/appropriatezza
II	Definizione del programma di formazione ed aggiornamento		Direttive regionali e programmi di formazione previsti da PDTA locali	Efficienza/appropriatezza

Gli indicatori e gli standard di riferimento, uniformi a livello nazionale, vengono selezionati dalle commissioni tecniche della rete, che definiscono anche:

- gli indicatori di monitoraggio e valutazione dei percorsi di presa in carico per garantire la corretta applicazione dei percorsi di diagnosi e cura;
- i criteri omogenei per la strutturazione degli audit quali strumenti di verifica della qualità dei percorsi e di miglioramento delle prestazioni;
- i parametri quantitativi e qualitativi di monitoraggio della produzione sanitaria da restituire periodicamente a tutte le strutture coinvolte nelle singole reti specialistiche per promuovere un'attività di benchmarking.

Gli indicatori e gli standard di riferimento sono dinamici e vengono periodicamente aggiornati, con una frequenza annuale o biennale stabilita dalla Commissione Regionale della Rete.

2.B. Allocazione delle risorse

L'organizzazione dell'assistenza secondo il modello di rete, "mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi" pone le condizioni per il superamento della prospettiva "statica" insita nel concetto di allocazione delle risorse, secondo il principio per cui la relazione tra i nodi di Rete consente, oltre che di elevare la qualità dell'assistenza, anche di ottimizzare complessivamente, l'impiego delle risorse professionali, strutturali, tecnologiche ed economiche in ciascun nodo e a livello di sistema. Devono essere individuate le strutture sanitarie ospedaliere e del territorio che possono partecipare alla Rete e le figure professionali per ogni nodo che saranno il riferimento per il funzionamento della Rete. E' fondamentale che tali figure abbiano siano sottoposte a periodici aggiornamenti e corsi di formazione e che quindi abbiano competenze specifiche correlate alla loro specializzazione ma anche agli anni di esperienza sul campo ed al volume di



prestazioni eseguite. Nell'ambito delle loro competenze va considerata la capacità di eseguire procedure quali ecografia addome superiore bedside, EGDS, biopsia epatica percutanea, paracentesi/toracentesi, TIPS, etc.

2.B.1. Personale

I professionisti che possono essere coinvolti nella Rete clinico-assistenziale epatologica in rapporto ai differenti gruppi omogenei di patologia e in coerenza con i parametri e gli standard organizzativi stabiliti dalla normativa nazionale e regionale sono:

- A. I medici specialisti in Gastroenterologia, Medicina interna, Malattie infettive, Radiologia diagnostica e Interventistica, Diabetologia, Cardiologia, Oncologia, Chirurgia del fegato e dei trapianti, Chirurgia bariatrica, Anatomia patologica, Anestesia e rianimazione, Medicina di laboratorio, Farmacologi e Farmacisti.
- B. I referenti del Servizio Farmaceutico Regionale e dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale
- C. Le figure professionali: Dietisti/Nutrizionisti; Infermieri, Farmacisti, Psicologi
- D. I MMG e Pediatri di Libera Scelta per la fase di transizione
- E. Le figure professionali di supporto organizzativo: Epidemiologi, Informatici, Bioinformatici, personale amministrativo

2.B.2. Strutture

Le strutture della Rete clinico-assistenziale epatologica devono essere coerenti con i requisiti della Rete Ospedaliera Regionale, compresi quelli strutturali e di Accreditamento Istituzionale previsti dal Tavolo per la Revisione della normativa per l'Accreditamento (TRAC) di cui all'Intesa Stato – Regioni del 20 dicembre 2012 e come previsto dal punto 6 del DM 70/2015 e devono rientrare nell'organizzazione di complessità progressiva dei presidi ospedalieri (ospedali di base, di I livello e di II livello).

I centri *spoke* e i centri *hub* della Rete devono essere allocati nei presidi ospedalieri che possono fornire i servizi diagnostici e le opzioni terapeutiche adeguati alla epidemiologia e complessità delle malattie epatiche da gestire.

La Commissione Regionale stabilirà i requisiti strutturali e organizzativi dei centri *spoke* e dei centri *hub* che parteciperanno alla Rete Regionale, la loro allocazione nelle Aziende Sanitarie Regionali e definirà i criteri di monitoraggio periodico.

2.B.3. Tecnologie

La dotazione tecnologica delle strutture deve essere coerente con la loro funzione all'interno della Rete. A tale proposito ad esempio laddove la struttura sia un *hub* che debba gestire pazienti con cirrosi epatica e/o epatocarcinoma appare necessario che tali strutture dispongano di sale di ecografia ed endoscopia digestiva sia diagnostiche che interventistiche nonché di sale di radiologia sia diagnostica che interventistica per esecuzione di TC, RM, TIPS, TAE, RFA etc. I centri *hub* per le procedure di urgenza devono anche disporre di personale reperibile fra epatologi e radiologi. Nel caso di centri *spoke* possono essere disponibili solo alcune di tali procedure. La dotazione tecnologica deve inoltre includere tecnologie informatiche che ne costituiscono l'infrastruttura, ovvero un efficiente e capillare sistema di trasmissione di dati e immagini tra i nodi della Rete stessa:

- Strutture informatiche regionali per la gestione dei database clinici
- Strutture informatiche per la gestione e trasmissione delle immagini diagnostiche (esami endoscopici, esami radiologici)
- Strutture informatiche per i collegamenti e i consulti tra centri *spoke* e centri *hub*



- Strutture informatiche per collegamenti web dei team multidisciplinari (*tumor board*, board multidisciplinari per i trapianti, board per le decisioni diagnostiche e terapeutiche interventistiche complesse)
- Strutture informatiche per i servizi di televisita per i pazienti e di teleconsulto con i MMG.

È necessario prevedere la verifica dell'utilizzo e dello stato di obsolescenza anche sulla base di strumenti e modalità implementate dal Programma nazionale HTA.

2.B.4. Risorse economiche

L'Atto Regionale di adozione della Rete clinico-assistenziale epatologica deve dichiarare se nella programmazione regionale sono previsti eventuali sistemi di finanziamento ad hoc per il funzionamento della Rete e quali altri eventuali finanziamenti pubblici o privati possono essere utilizzati per la gestione della Rete.

In particolare, possono essere considerati:

- i fondi dei piani di ricerca regionali e nazionali (PSN, RFN, altri)
- eventuale finanziamento incondizionato da parte di privati per specifiche iniziative
- l'accesso a fondi e bandi della Comunità europea.

2.C. Monitoraggio delle performance

Al fine di verificare l'efficienza e l'efficacia della Rete clinico-assistenziale epatologica e la percezione della qualità del servizio reso ai cittadini, i risultati delle attività devono essere costantemente monitorati, al fine di rilevare eventuali aree di criticità, a cui vanno rivolte le attività di miglioramento, da sottoporre a loro volta periodicamente a verifica e monitoraggio.

Risultati da misurare:

- Qualità dei servizi: prestazioni sicure per il paziente, la tempestività di erogazione.
- Equità in termini di accesso e risposta al fabbisogno.
- Appropriatelyzza delle prestazioni e delle strutture: ad ogni paziente niente di meno (*underuse*) ma anche niente di più (*overuse*) di quanto è necessario.
- Efficienza dell'uso delle risorse professionali e tecnologiche: per evitare sprechi e garantire il massimo al cittadino.

2.C.1. Mobilità sanitaria

Per ciascun ambito assistenziale di interesse della Rete vengono monitorati:

- andamento della mobilità passiva, attraverso gli "indici di fuga" (prestazioni erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza, sulla base dei DRG epatologici);
- andamento della mobilità attiva, attraverso l'indice di attrazione di una Regione (prestazioni sanitarie offerte a cittadini non residenti, sulla base dei DRG epatologici);
- spesa sanitaria fuori Regione, con particolare attenzione al trapianto di fegato, alla chirurgia epatica e alle cure oncologiche;
- flussi finanziari delle prestazioni erogate in ambito epatologico per anno:
 - n° ricoveri ospedalieri e in day hospital (DRG)
 - n° visite di visite specialistiche ambulatoriali
 - spesa farmaceutica per singola patologia e con particolare attenzione alle terapie ad alto costo



L'Atto regionale di Rete specifica se sono stati definiti appositi Accordi "di confine" e/o interregionali per la gestione della mobilità sanitaria, in particolare tenendo conto del fatto che un servizio considerato necessario potrebbe essere assente in una Regione.

2.C.2. Esperienza del paziente e grado di umanizzazione

Possono concorrere alle attività di monitoraggio anche le informazioni derivanti dagli esiti delle indagini sull'esperienza del paziente nelle strutture sanitarie e sul grado di umanizzazione delle strutture e delle attività della rete, attraverso:

- survey ai pazienti, questionari di qualità della vita;
- survey sulla conoscenza dei pazienti dei vari centri della Rete;
- implementazione di patient reported outcomes (PRO).

2.D. Formazione dei professionisti sanitari

La Rete clinico-assistenziale epatologica provvede alla formazione del personale coinvolto, al fine di raggiungere un'uniforme crescita professionale di medici e altri professionisti sanitari, basandosi anche sulla rilevazione di bisogni formativi coerenti alla funzionalità della rete (criticità, eventi avversi, inserimento di personale, nuove tecnologie, etc.) e a modelli e procedure/protocolli organizzativi della Rete.

Possibili strumenti:

- formazione specifica attraverso riunioni semestrali di rete (formazione ECM, anche FAD) che possono essere dedicate alle singole patologie del fegato o a problematiche organizzative e gestionali;
- potenziamento delle competenze ed abilità degli operatori (percorsi formativi e audit clinici);
- formazione del personale per lo svolgimento di procedure standard ed innovative con possibilità di accesso a percorsi di formazione tramite simulazione.

2.E. Comunicazione e informazione ai cittadini

La Rete clinico-assistenziale epatologica si dota di modelli e procedure condivisi per una corretta comunicazione interna e esterna alla rete stessa, al fine di provvedere alla:

- comunicazione interna tra nodi e professionisti coinvolti nelle attività di rete;
- informazione ai cittadini:
 - comunicazione attraverso canali istituzionali (Ministero, Regione, Aziende, Società scientifiche, Associazioni dei pazienti)
 - stampa, televisione e social-media
 - diffusione capillare tramite farmacie, MMG, locandine

È fondamentale il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, anche mediante la pubblicazione dei risultati raggiunti attraverso i siti web delle aziende sanitarie e delle associazioni dei pazienti, eventualmente divulgati attraverso stampa e social media, e mediante la pubblicazione, sul sito della Regione, della relazione annuale sul funzionamento della Rete, a cura del Coordinamento Regionale della Rete.



- 1 DM 70
- 2 Kyle J Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *Lancet* 2018 10;392:2052-2090
- 3 ISTAT causa mortalità 2018
- 4 CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 24.01.2018: Accordo, ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, sul documento "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti". (SALUTE) Repertorio Atti n.: 14/CSR del 24/01/2018
- 5 Strazzabosco M, Allen JI, Teisberg EO. Value-based care in hepatology. *Hepatology*. 201 May;65(5):1749-1755
- 6 European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu; European Association for the Study of the Liver. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol*. 2017 Aug;67(2):370-398
- 7 European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu; Clinical Practice Guidelines Panel: Chair: EASL Governing Board representative; Panel members: EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series[☆]. *J Hepatol*. 2020 Nov;73(5):1170-1218
- 8 Strazzabosco M, Cortesi PA, Conti S, Okolicsanyi S, Rota M, Ciaccio A, Cozzolino P, Fornari C, Gemma M, Scalone L, Cesana G, Fabris L, Colledan M, Fagioli S, Ideo G, Zavaglia C, Perricone G, Munari LM, Mantovani LG, Belli LS. Clinical outcome indicators in chronic hepatitis B and C: A primer for value-based medicine in hepatology. *Liver Int*. 2020 Jan;40(1):60-73.
- 9 <https://www.webaisf.org/2019/02/28/documento-aisf-simit/>
- 10 <https://www.webaisf.org/documento-hcv-2020/>
- 11 European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu; European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: The diagnosis and management of patients with primary biliary cholangitis. *J Hepatol*. 2017 Jul;67(1):145-172.
- 12 European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis. *J Hepatol*. 2015 Oct;63(4):971-1004
- 13 Carbone M, Cristofori L, Cortesi PA, Rota M, Ciaccio A, Okolicsanyi S, Gemma M, Scalone L, Cesana G, Fabris L, Colledan M, Fagioli S, Ideo G, Belli LS, Munari LM, Mantovani L, Strazzabosco M. Optimising the clinical strategy for autoimmune liver diseases: Principles of value-based medicine. *Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis*. 2018 Apr;1864(4 Pt B):1415-1422.
- 14 European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu; European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease. *J Hepatol*. 2018 Jul;69(1):154-181.
- 15 Addolorato G, Abenavoli L, Dallio M, Federico A, Germani G, Gitto S, Leandro G, Loguercio C, Marra F, Stasi E. Alcohol associated liver disease 2020: A clinical practice guideline by the Italian Association for the Study of the Liver (AISF). *Dig Liver Dis*. 2020 Apr;52(4):374-391
- 16 European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu; European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol*. 2018 Jul;69(1):182-236.
- 17 <https://www.webaisf.org/2013/03/11/position-paper-of-the-italian-association-for-the-study-of-the-liver-the-multidisciplinary-clinical-approach-to-hepatocellular-carcinoma/>
- 18 European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu; European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol*. 2018 Aug;69(2):406-460.
- 19 European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *J Hepatol*. 2010 Sep;53(3):397-417.
- 20 <https://www.webaisf.org/2020/12/22/aisf-simti-position-paper-on-the-appropriate-use-of-albumin-in-patients-with-liver-cirrhosis-a-2020-update/>
- 21 <https://www.webaisf.org/2018/11/28/linee-guida-encefalopatia-epatica-2018/>



AISF

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL FEGATO

Riconosciuta con D.M. del 7.5.1998, G.U. del 20.6.1998

Iscritta nell'Elenco di cui all'art. 1, comma 353, della Legge 23.12.2005 n. 266, D.P.C.M. 15.4.2011

Iscritta nell'Elenco di cui all'art. 14, comma 1, del D.L. 14.3.2005, n. 35, convertito nella Legge 14.5.2005 n. 80, D.P.C.M. 15.4.2011



PUBLIC AFFAIRS AWARDS

ECCELLENZA 2011

SOCIETÀ
ASSOCIAZIONI
SCIENTIFICHE

Il presente Documento è stato elaborato dall'AISF - Associazione Italiana per lo Studio del Fegato con il supporto metodologico della Fondazione GIMBE, rivisto ed approvato da AGENAS - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

Gruppo di Lavoro

Coordinatori

Alessio M.G. Aghemo (*Rozzano*) - Marcello Persico (*Salerno*) - Salvatore Petta (*Palermo*)

Componenti

Ludovico Abenavoli Montebianco (*Catanzaro*) - Giovanni Addolorato (*Roma*) - Paolo Angeli (*Padova*)
Giorgio Ballardini (*Rimini*) - Clara Balsano (*L'Aquila*) - Elisabetta Bugianesi (*Torino*)
Giuseppe Cabibbo (*Palermo*) - Paolo Caraceni (*Bologna*) - Marco Carbone (*Milano | Monza*)
Fabio Cartabellotta (*Palermo*) - Luchino Chessa (*Cagliari*) - Vito Di Marco (*Palermo*)
Stefano Fagiuoli (*Bergamo*) - Edoardo G. Giannini (*Genova*) - Ana Lleo De Nalda (*Rozzano*)
Fabio Marra (*Firenze*) - Mario Masarone (*Salerno*) - Sara Montagnese (*Padova*) - Filomena Morisco (*Napoli*)
Mario Pirisi (*Novara*) - Maria Rendina (*Bari*) - Francesca Romana Ponziani (*Roma*)
Francesco Paolo Russo (*Padova*) - Gianluca Svegliati Baroni (*Ancona*) - Pierluigi Toniutto (*Udine*)
Luca Valenti (*Milano*)