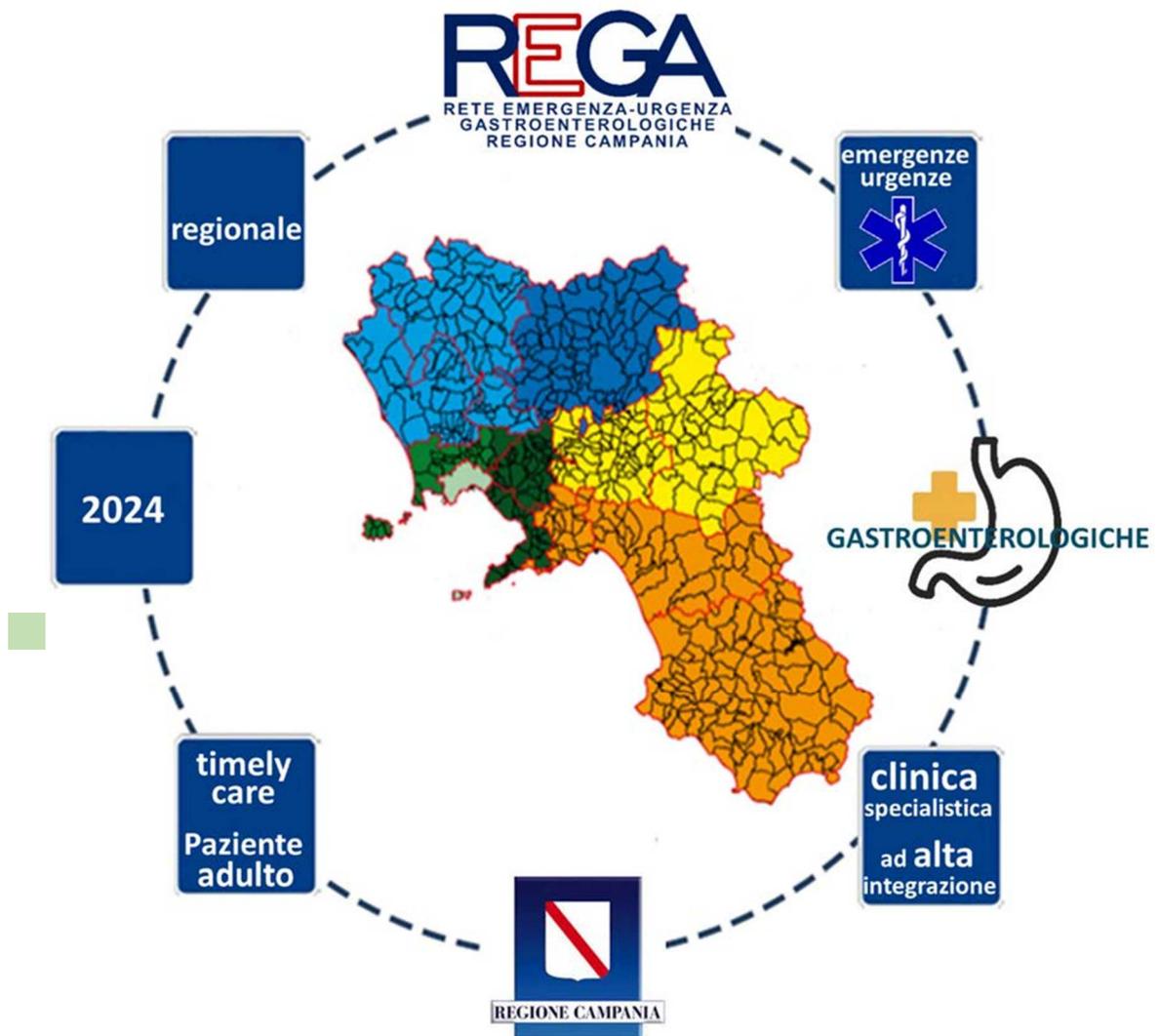


# RETE REGIONALE EMERGENZE GASTROENTEROLOGICHE ACUTE



# INDICE

INDICE .....	2
1. Introduzione .....	3
➤ Premessa .....	3
➤ Razionale .....	3
➤ Sviluppo del Piano di Rete (REGA) .....	3
➤ L'attivazione .....	3
➤ Terminologia .....	4
➤ Acronimi .....	5
➤ Fonti normative e tecnico-scientifiche.....	5
2. La struttura del Piano di Rete REGA .....	6
➤ I Nodi della Rete .....	6
➤ Obiettivi.....	7
➤ L'architettura clinica e di governance .....	7
➤ I livelli di setting assistenziale della REGA.....	8
➤ Le configurazioni della RETE per le patologie acute .....	8
3. L'organizzazione della REGA.....	9
➤ La Rete Emorragica ai sensi del DCA n.103/2018 .....	9
➤ Il ruolo delle diverse Strutture sanitarie .....	11
4. I requisiti minimi dei Centri HUB e SPOKE.....	11
5. I requisiti minimi d'indirizzo degli "altri DEA/PS" .....	12
6. La Clinical governance della REGA.....	13
7. Il trasferimento del Paziente nella Rete.....	14
8. La Configurazione della REGA .....	16
➤ Afferenze e Linee di trasferimento del Paziente.....	16
9. I Protocolli Operativi Interaziendali.....	18
10. Il Management della REGA.....	20
➤ La Gestione della Rete.....	20
➤ Il Monitoraggio.....	20
➤ Gli indicatori di Rete .....	20
➤ Le Schede di Rilevazione Fenomenologica.....	21
➤ Registro dei Trasferimenti OUT-H (interaziendali).....	21
➤ La compliance.....	22
➤ La revisione .....	22
➤ La formazione.....	22
11. Il Comitato regionale della Rete (CoREGA) .....	23

# 1. Introduzione

## ➤ Premessa

L'efficienza gestionale di un Paziente critico, che giunga in ospedale autonomamente, mediante il 118 o che sia già degente in reparto, è strettamente correlata alla tempestività dell'intervento nonché alla relazione tra la necessità terapeutica e l'intensità di cure offerte della Struttura.

La *risposta sanitaria* risulta generalmente caratterizzata dalle differenti caratteristiche clinico-organizzative dell'ospedale piuttosto che dal modello organizzativo dell'Azienda Sanitaria in cui questo opera con conseguente possibile difformità di offerta territoriale relativamente al livello di sicurezza e alla qualità delle cure.

Pertanto, l'esigenza di assicurare una risposta sanitaria efficace ed avanzata alle emergenze-urgenze cliniche e contestualmente un accesso alle cure equo e tempestivo, rende necessario l'attuazione del modello organizzativo regionale di Rete, come già declinato, ai sensi del D.M. n.70/2015, nel DCA 103/2018 " Piano Regionale di programmazione della reteospedaliera – Regione Campania" basato su un sistema nodale Hub & Spoke definito, nei suoi elementi di base (requisiti e Strutture), anche per la **Rete per le emergenze gastroenterologiche**.

Il gruppo di lavoro costituito dai referenti della rete per le emergenze urgenze gastroenterologiche ai sensi del D.C.A. 103/2018 ed integrato con i referenti regionali, ha identificato diversi sottogruppi di lavoro per l'elaborazione del presente documento tecnico di definizione delle caratteristiche della Rete **REGA e del PDTA delle Emorragie Digestive Superiori**.

All'esito dell'istruttoria, il presente documento è stato approvato con DGRC n. 611 del 14/11/2024.

## ➤ Razionale

L'adozione di un modello Hub & Spoke nell'ambito di un'organizzazione funzionale clinico-organizzativo di "alta integrazione" delle cure, consente una più efficace ed efficiente gestione sia del Paziente acuto che dei trattamenti complessi, con una conseguente **incidenza positiva, potenzialmente tra le più elevate, sia sulle prestazioni sanitarie** (qualità, sicurezza, tasso di mortalità/letalità) **che sui costi** (numero di interventi chirurgici, trasfusioni, numero di ri-ospedalizzazioni e durata media della degenza).

## ➤ Sviluppo del Piano di Rete (REGA)

È dalla compresenza interagente degli obiettivi e del modello di riferimento che è stato sviluppato, nell'ambito del costante percorso di miglioramento e ottimizzazione del sistema sanitario della Regione Campania, un Piano di Rete per le emergenze gastroenteriche, coerente con il contesto attuale, denominato **REGA** (Rete Emergenze Gastroenterologiche) che, combinando al meglio tutti gli aspetti clinici, strumentali e gestionali, abbia come obiettivi:

- una sempre maggiore integrazione dei vari livelli (HUB e Spoke),
- una maggiore appropriatezza gestionale attraverso specifici interventi (*trasferimenti, tempestività endoscopica, compliance tra guidelines e real practice, etc.*),
- omogeneità delle prestazioni (*risorse strumentali, equità di accesso indipendentemente dal luogo di residenza o dal giorno del ricovero, etc.*),
- un livello di cura sempre più specialistico.

## ➤ L'attivazione

L'attivazione e lo sviluppo funzionale della Rete è prevista con l'adozione del presente piano.

La rete prevede un monitoraggio semestrale degli obiettivi raggiunti ed una loro eventuale revisione al fine di ridurre i rischi applicativi propri della complessità organizzativa di un Rete regionale a più livelli con diversificazione gestionale per patologie e possibili criticità tempo-dipendenti.

### *Supporto alla lettura del documento*

#### ➤ **Terminologia**

altri DEA/PS:	strutture dedicate all'emergenza-urgenza generale non appartenenti ad un centro Hub o Spoke
cross-SPOKE	trasferimento "eccezionale" che prevede, per oggettive motivazioni cliniche rispetto al caso concreto, il passaggio del Paziente da un "altro DEA/PS" direttamente all'HUB afferente scavalcando lo SPOKE
gestione intraospedaliera:	la risposta sanitaria è gestita esclusivamente all'interno di una singola Struttura sanitaria
gestione intraziendale:	la risposta sanitaria è gestita mediante più Strutture sanitarie appartenenti alla medesima Azienda Sanitaria nel sistema nodale secondario
gestione interaziendale:	la risposta sanitaria è gestita mediante più Strutture sanitarie appartenenti a diverse Aziende Sanitarie nel sistema nodale principale
livello di Setting Assistenziale della Rete:	combinazione delle risorse strutturali, organizzative tecnologiche e professionali inerenti la risposta sanitaria all'emergenza-urgenza gastroenterologica
modello Hub & Spoke:	modello organizzativo delle alte specialità con reti cliniche integrate che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (HUB) i quali sono integrati, attraverso connessioni funzionali, con i centri ospedalieri periferici (SPOKE) che fungono da primo nodo specialistico per tutti gli altri DEA/PS
modello regionale PDTA Rete-REGA:	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale predisposto mediante schemi operativi da contestualizzare senza ledere il principio di omogeneità dell'assistenza e di funzionalità alla Rete. È, inoltre, composto da due sezioni diverse riferibili alla gestione del Paziente emorragico in cui è previsto o meno un possibile trasferimento ad altra Struttura sanitaria

Struttura sanitaria:	singolo ospedale (Presidio, Plesso, Azienda Ospedaliera)
tasso di mortalità/letalità:	percentuale di esiti negativi sul totale dei soggetti ammalati a 30gg
timely care:	intesa come tempestività endoscopica dove il timing individuato tiene conto dell'invarianza degli esiti clinici e delle necessarie tempistiche operative delle Strutture sanitarie

## ➤ **Acronimi**

**ACH:** Acute CHolangitis

**AS:** Azienda Sanitaria

**CCE:** ingestione Caustici e Corpi Estranei

**CFR:** Case Fatality Ratio (tasso di mortalità/letalità a 30gg)

**COREGA:** Comitato di Rete REGA

**ED:** Emorragia Digestiva del Paziente Adulto

**EDI:** Emorragia Digestiva Inferiore del Paziente Adulto

**EDS:** Emorragia Digestiva Superiore del Paziente Adulto

**EDSNV:** Emorragia Digestiva Superiore del Paziente Adulto Non Variceale

**EDSV:** Emorragia Digestiva Superiore del Paziente Adulto Variceale **EGDS:** esofagogastroduodenoscopia

**IN-H:** In Hospital (trasferimento del Paziente in altra Struttura sanitaria della stessa Azienda)

**OUT-H:** Out of Hospital (trasferimento del Paziente in altra Azienda Sanitaria)

**REGA:** Rete Emergenza-Urgenza Gastroenterologiche

**POINT:** Protocolli Operativi Interaziendali e Nodali di Trasferimento

**TSS:** Trasporto Sanitario Secondario

## ➤ **Fonti normative e tecnico-scientifiche**

### **FONTI NORMATIVE**

- DM n.70/2015
- DCA nn.33/16 e 103/18 e ss.mm.ii. (Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera – Regione Campania)
- Legge 219 del 22.12.2017 (Norme in materia di consenso informato e DAT) Legge 24 del 08.03.2017 (cd Legge Gelli)
- Decreto Regione Campania n.32 del 25.03.2019 Protocolli 118 (trasporto primario e secondario).

## 2. La struttura del Piano di Rete REGA

### ➤ I Nodi della Rete

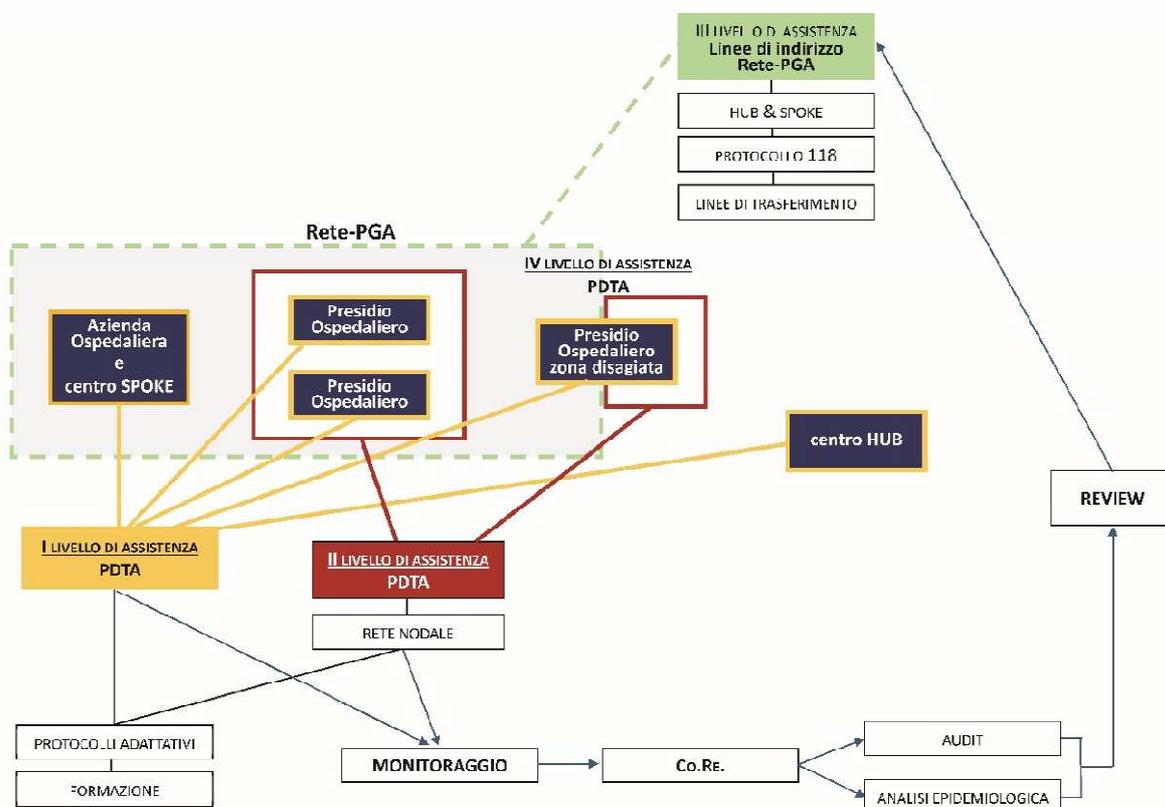
La pianificazione della Rete prevede una serie di elementi centrali e periferici, collegati mediante dei nodi organizzativi.

L'immagine successiva riporta:

la schematizzazione della **STRUTTURA** della REGA, i **PERCORSI DI TRASFERIMENTO**, relativi sia al trasporto primario che secondario; gli specifici strumenti di **CLINICAL GOVERNANCE**, sulla base dei quali sono caratterizzati tutti gli aspetti clinici, i criteri di attivazione e l'handover e un opportuno **MANAGEMENT** per il mantenimento di adeguati livelli di qualità e sicurezza delle attività di Rete.

Il modello previsto è quello di una **Rete Regionale Nodale Clinica Specialistica Timely Care** con caratterizzazioni:

- **intra-organizzativa** - DCA n.103/2018 - improntata sul modello di integrazione dei servizi di tipo "orizzontale";
- **clinico-specialistica** – basata sulla "tempestività" dell'intervento e secondo quanto definito dalle più recenti linee guida sulle procedure endoscopiche, dalla maggiore appropriatezza terapeutica;
- **locale** – anche attraverso la preventiva analisi dei fabbisogni.



## ➤ **Obiettivi**

Il macro-obiettivo della Rete è fornire un'offerta assistenziale al Paziente che sia adeguata, appropriata, efficace, efficiente, sicura e omogenea in tutto il territorio regionale, in un alveo di **riallocazione** ed **ottimizzazione** delle risorse (strutturali, organizzative, professionali ed economiche) disponibili.

Sono identificati pertanto i seguenti target operativi:

### **nell'area delle RISORSE UMANE, ORGANIZZATIVE, TECNOLOGICHE ED ECONOMICHE**

- riduzione dei costi generali e riallocazione funzionale degli stessi;
- incremento dell'appropriatezza dei trattamenti;
- ottimale distribuzione degli investimenti tecnologici e delle risorse professionali;
- maggiore coordinamento, tra le varie Strutture sanitarie regionali, nella gestione interaziendale e interaziendale del Paziente mediante connessioni funzionali;
- massima valorizzazione delle competenze e specificità dei ruoli degli Operatori sanitari con conseguente maggiore propensione all'eccellenza professionale;
- migliori presupposti evolutivi per innovazione ed elevazione degli standard;

### **nell'area dell'HEALTH RISK MANAGEMENT**

- aumento della sicurezza per i pazienti;
- maggiore consapevolezza epidemiologica;
- maggiori garanzie di compliance agli obblighi normativi previsti per l'adesione al trattamento (consenso informato e alleanza terapeutica);
- miglioramento degli outcome (tasso di mortalità/letalità, riduzione dei giorni di degenza media, riduzione delle complicanze) a parità di condizioni epidemiologiche;
- maggiore efficacia della gestione multidisciplinare del paziente e della complessità clinica in generale;
- corretto ed efficace monitoraggio della qualità della risposta sanitaria regionale e per singola Struttura.

### **nell'area dell'OMOGENEITÀ DELLA RISPOSTA ASSISTENZIALE**

- omogeneità e standardizzazione dei modelli organizzativi, con aspetti operativi declinati sulle singole specificità;
- uniformità del setting e del livello di cure su tutto il territorio regionale;
- maggiori garanzie, per il Paziente e il Personale sanitario, di compliance alle linee guida nazionali ed internazionali specifiche;
- maggiore garanzia di equità nella qualità della risposta sanitaria, per ogni Paziente, anche nel caso di percorsi di cura complessi o necessità di particolari competenze specialistiche.

## ➤ **L'architettura clinica e di governance**

I principali aspetti di clinical governance sono:

- diagnostica precoce,
- classificazione univoca del rischio pre-endoscopico,
- tempestività terapeutica,
- massima appropriatezza del TSS,
- un modello unico di PDTA,
- 3 livelli di setting assistenziale.

## ➤ I livelli di setting assistenziale della REGA

LIVELLO DI SETTING ASSISTENZIALE	STRUMENTI DI GOVERNANCE D'INDIRIZZO
<b>PRIMO LIVELLO</b> gestione <b>intraospedaliera</b> del Paziente	PDTA

Il primo livello di setting assistenziale “ospedaliero” è prioritario purché sia garantito il timing nonché il livello di cure specialistico appropriato al rischio pre-endoscopico o post-endoscopico del Paziente e alla complessità diagnostica e/o terapeutica.

LIVELLO DI SETTING ASSISTENZIALE	STRUMENTI DI GOVERNANCE D'INDIRIZZO
<b>SECONDO LIVELLO</b> gestione <b>intraaziendale</b> del Paziente	PDTA

Il secondo livello definisce la gestione del Paziente in singole Aziende con più di un pronto soccorso non specialistico (A.S.L. o A.O.U.) dove è previsto un ulteriore modello nodale.

La priorità operativa è secondaria al primo livello di setting in quanto indirizza il trattamento sanitario del Paziente in una gestione contenuta nella medesima AS quando la gestione esclusivamente intraospedaliera non è garanzia di appropriata risposta all'emergenza-urgenza gastroenterologica.

LIVELLO DI SETTING ASSISTENZIALE	STRUMENTI DI GOVERNANCE D'INDIRIZZO
<b>TERZO LIVELLO</b> gestione <b>interaziendale</b> del Paziente	<b>Protocolli operativi interaziendali di trasferimento</b> <b>Integrazione organizzativa 118</b> <b>Sistema di integrazione tra i livelli di Rete</b>

Il terzo livello, definibile anche come di “alta integrazione” o “di Rete”, fornisce ai Pazienti, h24 e in qualsiasi luogo della Regione Campania, il setting assistenziale più appropriato al livello di criticità e/o complessità diagnostico-terapeutico minimizzando rischi e costi.

## ➤ Le configurazioni della RETE per le patologie acute

Il DCA n.103/2018 e ss.mm.ii. ha identificato le strutture Hub e Spoke nonché i requisiti specifici minimi generali riferibili alla gestione di Pazienti con emorragia digestiva acuta: la Rete, così delineata, sarà sottoposta a revisione specialistica dei centri nodali e della loro classificazione e standardizzazione in base alle patologie gastroenterologiche acute da trattare quali la Colangite acuta, l'Ingestione di caustici e Corpi estranei.

Pertanto le articolazioni della REGA EDS e EDI offriranno risposta sanitaria regionale alle **emorragie digestive acute, superiori e inferiori**, per cui i requisiti clinico-organizzativi minimi dei centri Hub e Spoke risultano i medesimi. L'articolazione della REGA -ACH offrirà specifica risposta sanitaria regionale alle **Colangiti Acute (ACH)**, dissimile da quella per le emorragie in expertise e dotazioni tecnologiche, prevede una riconfigurazione mediante la revisione funzionale dei requisiti minimi dei centri nodali e, pertanto, delle Strutture indicate come Hub e Spoke.

L'articolazione della REGA-CCE avrà una configurazione ancora ulteriore finalizzata alla ricerca della massima efficacia ed efficienza, per la risposta sanitaria regionale all'**Ingestione Caustici e Corpi Estranei (CCE)**.

I dati epidemiologici di Prevalenza delle patologie dell'apparato gastroenterico evidenziano che le più comuni emergenze sono rappresentate dalle emorragie digestive e dall'ingestione di

corpi estranei. Si è ritenuto pertanto opportuno elaborare il MODELLO della RETE, mediante l'analisi di studi metodologicamente differenti - osservazionali, per coorte e locali- realizzati in Italia e non dal 2000 al 2020, riferendosi alle emorragie digestive (ED).

### 3. L'organizzazione della REGA

#### ➤ La Rete Emorragica ai sensi del DCA n.103/2018

Il Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera della Regione Campania ha definito il modello di base della rete ospedaliera per l'emergenza-urgenza ed indicato tutte le possibili Strutture nodali suddivise in quattro macro-afferenze geografiche (aree), sulla base di criteri logistico-temporali. L'attuazione della Rete, tenuto conto della possibile complessità applicativa conseguente ad un network di emergenza-urgenza che prevede un sistema di risposta ad **cinque specificità patologiche**, prende avvio dalla definizione del percorso per la gestione delle **Emorragie Digestive Superiori (EDS)** acute nel Paziente adulto.

#### La Configurazione strutturale della REGA per Area geografica

HUB	SPOKE	altri DEA/PS
<b>AREA Avellino / Benevento</b>		
<b>A.O. S. G. MOSCATI</b> (Avellino)	<b>A.O. San Pio</b> (Benevento)	<b>A.O. San Pio</b> (Benevento) <b>P.O. S. O. Frangipane</b> (Ariano Irpino) <b>P.O. Criscuoli – Frieri</b> (S. Angelo dei Lombardi) <b>P.O. S. A. M. De' Liguori</b> (Sant'Agata de' Goti)

#### Area Salerno

<b>A.O.R.N. GIOVANNI DI DIO RUGGI D'ARAGONA</b> (Salerno)	<b>P.O. Umberto I</b> (Nocera inferiore) <b>P.O. S. Luca</b> (Vallo della Lucania)	<b>P.O. A. Tortora</b> (Pagani) <b>P.O. M. Scarlato</b> (Scafati) <b>P.O. Maria SS Addolorata</b> (Eboli) <b>P.O. S. Maria della Speranza</b> (Battipaglia) <b>P.O. di Roccadaspide</b> <b>P.O. S. F. d'Assisi</b> (Oliveto Citra) <b>P.O. Dell'Immacolata</b> (Sapri) <b>P.O. L. Curto</b> (Polla) <b>P.O. di Agropoli</b> <b>P.O. Villa Malta</b> (Sarno) <b>P.O. S. M. Incoronata dell'Olmo</b> (Cava de' Tirreni) <b>P.O. G. Fucito</b> (Mercato San Severino)
--	---	---

**AREA Caserta**

<b>A.O. S. ANNA E S. SEBASTIANO</b> (Caserta)	<b>P.O. S. Giuseppe Moscati</b> (Aversa) <b>P.O. Anastasia Guerriero</b> (Marcianise)	<b>P.O. Maddaloni</b> <b>P.O. Piedimonte Matese</b> <b>P.O. S. Rocco</b> (Sessa Aurunca) <b>P.O. S. Felice a Cancellò</b> <b>P.O. S. G. Melorio</b> (Santa Maria Capua Vetere)
--	--	--

HUB	SPOKE	altri DEA/PS
-----	-------	--------------

**AREA Napoli**

<b>A.O.R.N. A. CARDARELLI</b> (Napoli)	<b>P.O. S. Maria delle Grazie</b> (Pozzuoli) <b>P.O. S. Paolo</b> (Napoli) <b>P.O. Maresca</b> (Torre del Greco)	<b>A.O. dei Colli - Ospedale CTO</b> (Napoli) <b>P.O. S. Giuliano</b> (Giugliano) <b>P.O. S. G. di Dio</b> (Frattamaggiore) <b>P.O. A. Rizzoli</b> (Ischia) P.O. G. Scotto (Procida) <b>P.O. dei Pellegrini</b> (Napoli) <b>P.O. S. Giovanni Bosco</b> (Napoli) <b>P.O. S.M. Loreto Nuovo</b> (Napoli) <b>Stab. Ospedaliero Capilupi</b> (Capri) <b>P.O. S. M. della Pietà</b> (Nola) <b>P.O. S. Leonardo</b> (C/mare di Stabia) <b>P.O. S. M. della Misericordia</b> (Sorrento) <b>P.O. De Luca e Rossano</b> (Vico Equense) <b>P.O. Boscoreale e Boscotrecase</b>
---	---	---

## ➤ Il ruolo delle diverse Strutture sanitarie

Le attività di base previste nelle diverse Strutture sanitarie nell'ambito dei vari livelli di setting assistenziale, così come schematizzati nella tabella precedente, sono:

### I LIVELLO DI SETTING ASSISTENZIALE

- gli **altri DEA/PS** si occupano della gestione emodinamica del Paziente e, se c'è tempestiva disponibilità nonché il necessario expertise professionale e/o le dotazioni diagnostico-terapeutiche adeguate al livello di complessità del Paziente, procedono con l'endoscopia, altrimenti trasferiscono il Paziente allo Spoke di pertinenza.

### II LIVELLO DI SETTING ASSISTENZIALE

- gli **SPOKE** procedono alla gestione completa del Paziente emorragico eventualmente **trasferito da un DEA/PS afferente**, nel timing stabilito,
- gli **SPOKE** e le strutture **EQUIVALENTI** (cioè, non classificate ufficialmente come tali ma in possesso dei requisiti minimi) procedono alla gestione completa del Paziente emorragico, **con accesso diretto o degente in reparto**, nel timing stabilito.

### III LIVELLO DI SETTING ASSISTENZIALE

- gli **HUB** procedono alla gestione completa del Paziente emorragico complesso eventualmente **trasferito da altra Struttura** afferente (Spoke o altro DEA/PS),
- gli **HUB** procedono alla gestione completa del Paziente emorragico anche complesso **con accesso diretto o degente in reparto**.

## 4. I requisiti minimi dei Centri HUB e SPOKE

Sviluppando quanto già stabilito nel DCA n.103/2018 ai sensi del DM n.70/2015 in base alle esigenze clinico-organizzative della Rete, sono stati definiti tutti i requisiti MINIMI, sia strutturali che per specificità patologica (emorragie digestive), dei centri definiti come nodi centrali (HUB) e periferici (SPOKE).

### – HUB - Requisiti minimi

#### STRUTTURALI

1. operano in un DEA di I o II livello, con copertura della emergenza/urgenza h24,
2. hanno capacità diagnostiche e terapeutiche che consentono una presa in carico completa del paziente con emorragia digestiva,
3. partecipano alle attività di ricerca e di didattica.

#### ORGANIZZATIVI

4. hanno una guardia attiva gastroenterologica h24,
5. protocolli formalizzati che prevedano posti letto "dedicati", preferibilmente in gastroenterologia, a pazienti per i quali sia prevista l'ospedalizzazione.

#### RISORSE UMANE E PROFESSIONALI

6. risorse professionali minime per turno: 1 medico + 2 infermieri dedicati, di cui uno appartenente alla U.O. di Gastroenterologia in guardia attiva e l'altro, che garantisce la pronta disponibilità, appartenente alla U.O. di Gastroenterologia oppure in subordine, generico (*se si utilizza la sala endoscopica*) ovvero di camera operatoria (*sesi utilizza la sala operatoria*),
7. i centri hub devono disporre di personale altamente specializzato nel campo della gastroenterologia. Questo include la presenza di medici gastroenterologi esperti non solo

nella fase diagnostica e terapeutica- endoscopica ma anche nella gestione diretta del percorso emergenziale coadiuvati da personale infermieristico esperto nella gestione delle emergenze gastroenterologiche e da personale di supporto adeguatamente addestrato.

#### **DISPONIBILITA' STRUMENTALI (ATTREZZATURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE)**

8. almeno n.1 colonna endoscopica dedicata all'emergenza,
9. almeno n.2 endoscopi con una durata operativa non superiore a 7 anni,
10. tutti i presidi previsti dalle linee guida per il paziente emorragico e per l'emostasi endoscopica (vedi linee guida...)

#### **– SPOKE - Requisiti minimi**

##### **STRUTTURALI**

11. Pronto Soccorso Attivo con servizio di pronta disponibilità endoscopica nei notturni e festivi,
12. almeno una funzione di gastroenterologia dedicata o all'interno dell'Area funzionale di Medicina.

##### **ORGANIZZATIVI**

13. guardia attiva gastroenterologica h12 con reperibilità notturna e festiva,

##### **RISORSE UMANE E PROFESSIONALI**

14. risorse professionali minime per turno: 1 medico + 2 infermieri dedicati alla sala endoscopica che garantiscono la pronta disponibilità,
15. i centri SPOKE dovendo avere la capacità di gestire completamente il Paziente emorragico acuto devono avere un personale qualificato, composto da medici specializzati in gastroenterologia, infermieri esperti nel trattamento delle patologie gastroenterologiche e personale di supporto adeguatamente addestrato.

#### **DISPONIBILITA' STRUMENTALI (ATTREZZATURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE)**

16. almeno n.1 colonna endoscopica dedicata all'emergenza
17. almeno n.2 endoscopi operativi con durata non superiore a 7 anni
18. dotazione di tutti i presidi previsti dalle linee guida per il paziente emorragico e per l'emostasi endoscopica (vedi linee guida)

## **5. I requisiti minimi d'indirizzo degli "altri DEA/PS"**

Sarà cura delle singole Aziende Sanitarie, nell'ambito delle attività di ricognizione interna prodromiche all'adozione del PDTA regionale, garantire la necessaria corrispondenza tra le attività richieste al singolo ospedale nel Percorso e le risorse professionali (expertise adeguata al caso) nonché dotazioni diagnostico-terapeutiche.

## 6. La Clinical governance della REGA

Gli elementi principali da gestire nel processo di Clinical Governance della Rete sono l'accesso del Paziente alla Rete, la gestione clinica del Paziente, l'integrazione tra i livelli di Rete, che rappresentano garanzia di efficacia operativa ed appropriatezza clinica.

### - **L'accesso del Paziente alla Rete**

L'accesso del Paziente alla Rete Emergenza-Urgenza Gastroenterologica Regione Campania nell'area delle Emorragie Digestive può avvenire:

- **in emergenza** - mediante il 118,
- **diretto** - accesso con mezzi propri in Pronto Soccorso,
- **interno** - durante una degenza ospedaliera.

### **L'ACCESSO IN EMERGENZA – INTEGRAZIONE CON IL SISTEMA 118**

L'efficienza operativa della Rete è costruita anche dalla più opportuna ed appropriata distribuzione dei Pazienti con emorragia digestiva acuta tra le diverse Strutture sanitarie: i Protocolli 118 già operativi nelle diverse aree territoriali saranno adeguati alla logica organizzativa che sottende alla definizione della REGA.

**Per Pazienti adulti con possibile emorragia digestiva in condizioni emodinamiche "stabili",** le linee di priorità per il trasporto primario diretto prevedono che:

- I.** il Paziente con ED deve essere trasportato al **PS più vicino** purché in tale Struttura sanitaria possa essere effettuata l'endoscopia entro 6h. Nel caso in cui il PS più vicino non sia in un centro SPOKE o HUB della REGA e/o non possa essere garantita l'endoscopia entro il timing indicato nel PDTA dovrà essere presente un protocollo aziendale interno che garantisca l'EGDS entro il timing prestabilito (6h) tenendo conto delle tempistiche necessarie alle attività cliniche del PS e alla successiva attivazione endoscopica.
- II.** se le condizioni al punto 1 non sono verificate o verificabili, il Paziente con ED deve essere trasportato al **centro SPOKE** più vicino e competente per territorio;
- III.** il trasporto al **centro HUB** deve essere previsto solo se esso rappresenta il PS più vicino.

### **L'ACCESSO DIRETTO IN PS**

Inteso come l'accesso del Paziente in PS arrivato con mezzi propri, è regolamentato dal PDTA nell'ambito dell'"arruolamento del Paziente".

In ragione delle possibili criticità clinico-organizzative, le principali attività di indirizzo operativo sono riferibili agli "altri DEA/PS" (*non HUB o SPOKE*) con assente o limitato (per orario turni) servizio endoscopico, dove si indirizza verso la **massima precocità diagnostica** al fine di trasferire prima possibile il Paziente in un'altra Struttura sanitaria o evitare trasferimenti inappropriati

### **L'ACCESSO INTERNO (DURANTE LA DEGENZA OSPEDALIERA IN ALTRO REPARTO)**

Anche in questo caso si farà riferimento dal PDTA nell'ambito dell'"arruolamento del Paziente" e, come per l'accesso diretto in PS, ha una possibile criticità clinico-organizzativa riferibile alle Strutture sanitarie *non HUB o SPOKE con assente o limitato (per orario turni) servizio endoscopico* in quanto trattasi della gestione di un Paziente con comorbidità e, pertanto, potenzialmente complesso. Pertanto:

- nel caso la Struttura *non fosse dotata di un servizio endoscopico*, il Medico che ha in carico il Paziente deve individuare il più appropriato centro in cui trasferirlo tra lo Spoke (scelta prioritaria) e l'Hub afferenti, in ragione del livello di complessità clinica, mediante preventivo consulto telefonico o teleconsulto con un gastroenterologo (anche dei suddetti centri)
- nel caso la Struttura fosse *dotata di un servizio endoscopico ma non attivo h24*, il Medico che ha

in carico il Paziente deve preventivamente consultarsi, anche mediante consulto telefonico o teleconsulto, con un Gastroenterologo (del medesimo ospedale), al fine di determinare l'opportunità o meno di un eventuale trasferimento (in base a quanto previsto nel PDTA) e, in tal caso, definire il centro ricettivo più appropriato tra lo Spoke (scelta prioritaria) e l'Hub afferenti

#### - *La gestione clinica del Paziente*

La gestione del paziente, sia intra-ospedaliera che inter-ospedaliera (o intraaziendale) deve garantire

nella governance:

- ✓ un aumento della sicurezza (riduzione delle probabilità e possibilità di atti medici erronei),
- ✓ la massima compliance alle linee guida nazionali ed internazionali,
- ✓ una maggiore omogeneità tra le diverse Strutture sanitarie dei setting e dei trattamenti sanitari, incluso le complessità, indipendentemente dal luogo dell'emergenza,
- ✓ la compliance agli obblighi informativi ex L. 219/2017,

e nella clinica della specificità patologica:

- ✓ la riduzione dei rischi di omessa o errata diagnosi,
- ✓ una diagnosi precoce,
- ✓ la maggiore omogeneità delle fasi di anamnesi e inquadramento diagnostico,
- ✓ una condivisa preventiva classificazione e stratificazione dei rischi di evoluzione negativa *pre* e *post* endoscopici,
- ✓ l'identificazione codificata del Paziente con sospetto EDS,
- ✓ l'uniformità degli scores prognostici e predittivi utilizzati,
- ✓ la preventiva determinazione dei più appropriati timing endoscopici,
- ✓ la riduzione dei rischi di complicanze
- ✓ la riduzione dei tempi di degenza
- ✓ la sensibile diminuzione di trasferimenti del Paziente

#### – *Il sistema di integrazione tra i livelli di Rete*

La migliore efficacia nell'integrazione tra i tre livelli della Rete è assicurata dalla massima conformità operativa a quanto regolamentato per i trasferimenti del Paziente, ed in particolare:

- **tra I e II livello:** dalla compliance a quanto indicato negli schemi operativi del modello regionale di PDTA,
- **tra II e III livello:** dal rispetto di quanto definito nel successivo *paragrafo 4.1.4. "Il trasferimento del Paziente nella REGA"*.

Ciò consente di minimizzare il rischio di prolungamento degenza e/o della necessità di ulteriori trattamenti sanitari e massimizzare lo sfruttamento di tutte le risorse sanitarie regionali disponibili (dotazioni e professionali).

## 7. Il trasferimento del Paziente nella Rete

I trasferimenti di Pazienti possono essere:

- **intraaziendali** o **IN-H:** avvengono, cioè, nell'ambito della medesima Azienda Sanitaria, tra i Presidi individuati come nodo periferico e nodo centrale
- **interaziendali** o **OUT-H:** avvengono principalmente tra SPOKE e HUB di Aziende Sanitarie

diverse, esclusivamente per la necessità di un setting più elevato di assistenza per complessità e/o particolari criticità del Paziente acuto (ad es. Radiologia Interventistica h24 o specifica expertise professionale) e sono preventivamente classificati come:

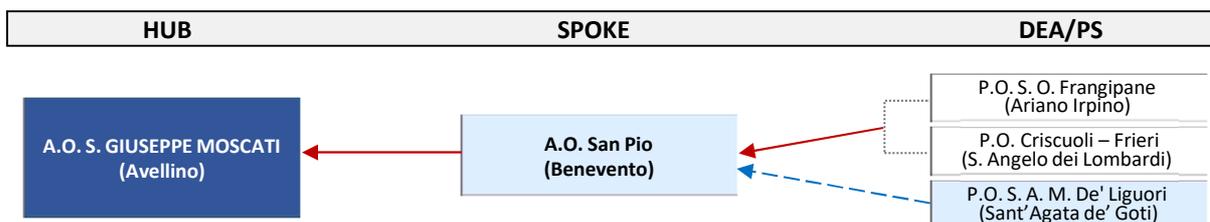
- di Rete:** dal centro SPOKE all'HUB di competenza o dal DEA/PS allo SPOKE di riferimento, **se tra Aziende diverse,**
- ordinari:** dal centro SPOKE all'HUB di competenza o dal DEA/PS allo SPOKE di riferimento, **se nell'ambito della medesima azienda** in base a quanto previsto nel PDTA,
- straordinari:** da una **Struttura in zona disagiata** all'HUB di competenza (in eventuale deroga, riportata nel PDTA, all'ordinario trasferimento intraaziendale del Paziente),
- eccezionali:** da un centro SPOKE all'HUB "non" di competenza (usualmente inappropriato se non, appunto, per situazioni eccezionali) *oppure* da "altro DEA/PS" all'HUB cross-SPOKE,
- particolari:** riferibile a singolarità preventivamente identificate quale, ad esempio, **A.O. dei Colli / Ospedale CTO (Napoli) → A.O.R.N. Cardarelli (Napoli)** (da una Struttura non SPOKE all'HUB di competenza),
- inappropriati:** tutti gli altri trasferimenti interaziendali o intraaziendali non conformi a quanto previsto nel Piano di Rete e nel PDTA.

## 8. La Configurazione della REGA

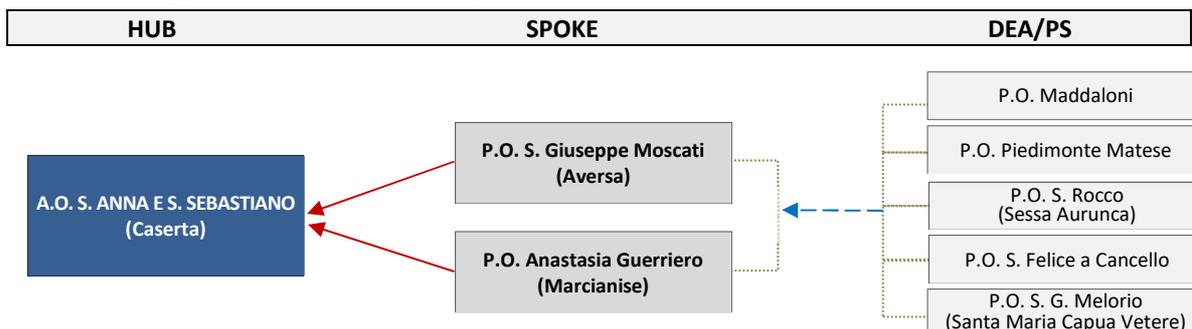
### ➤ Afferenze e Linee di trasferimento del Paziente

Partendo dalla configurazione strutturale della Rete per area geografica, e considerato che i trasferimenti devono avvenire esclusivamente **tra SPOKE e HUB (di Rete e particolare)** e tra **altri DEA/PS e SPOKE (ordinari)**, nelle tabelle che seguono, sono definite tutte le **afferenze** e le **linee di trasferimento** del Paziente.

**TABELLA 1: Afferenze e Linee di Trasferimento Area Avellino - Benevento**



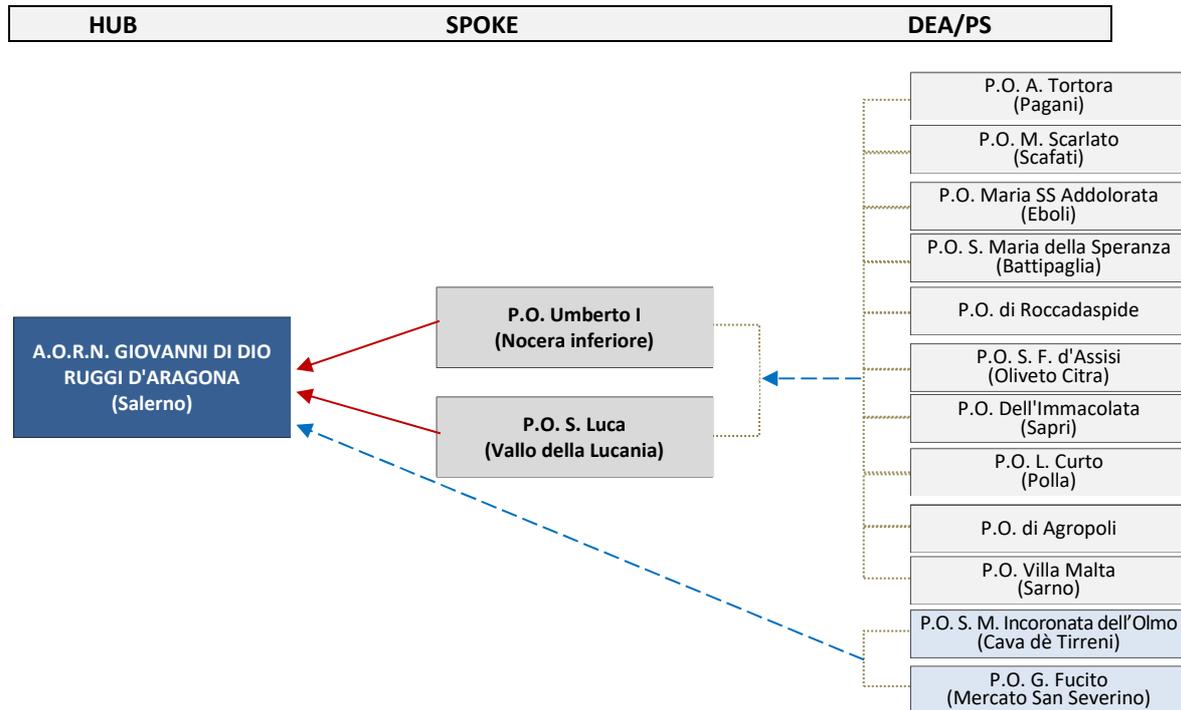
**TABELLA 2: Afferenze e Linee di Trasferimento Area Caserta**



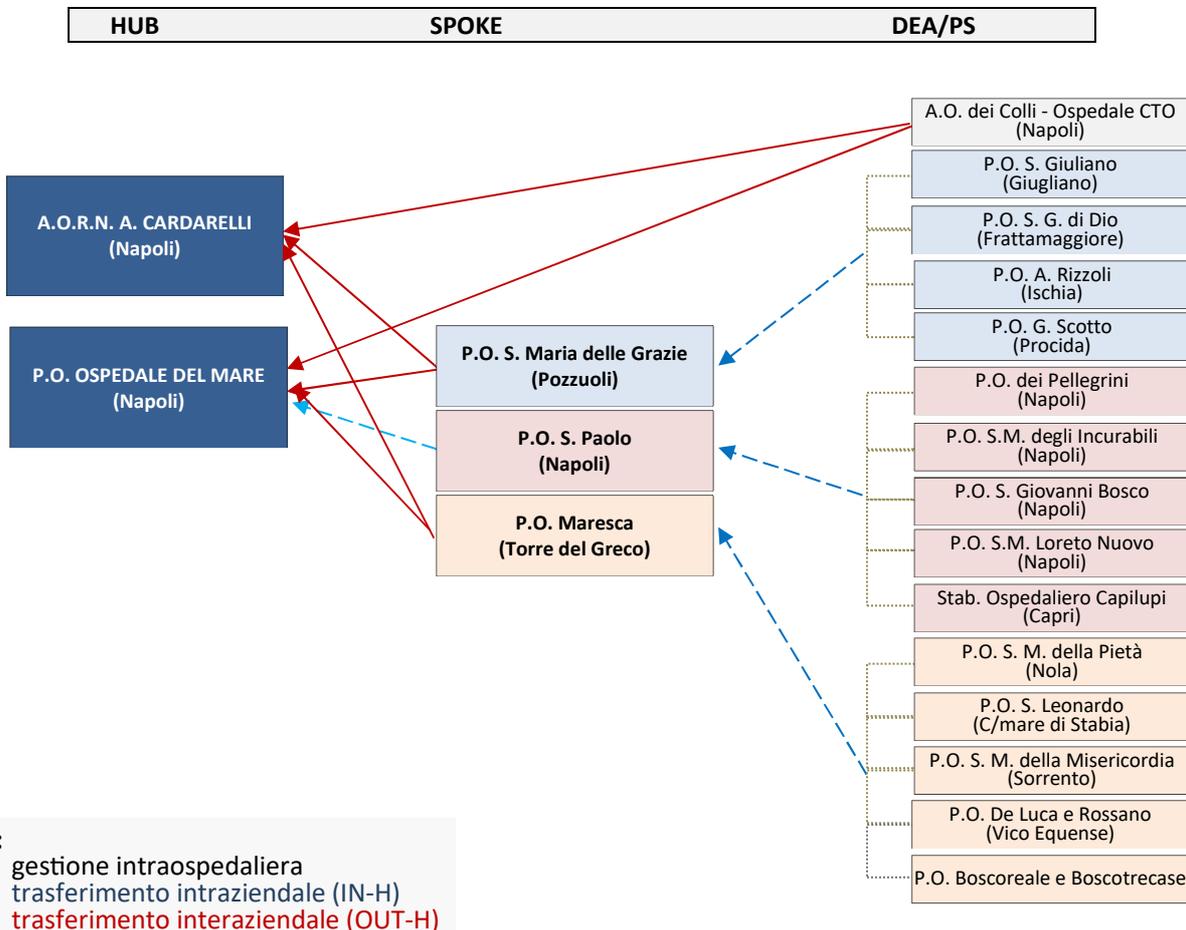
**Legenda:**

- ..... gestione intraospedaliera
- ← — trasferimento intraziendale (IN-H)
- ← — trasferimento interaziendale (OUT-H)

**TABELLA 3: Afferenze e Linee di Trasferimento Area Salerno**



**TABELLA 4: Afferenze e Linee di Trasferimento Area Napoli**



**Legenda:**  
 ..... gestione intraospedaliera  
 ← (blue) trasferimento intraaziendale (IN-H)  
 ← (red) trasferimento interaziendale (OUT-H)

## 9. I Protocolli Operativi Interaziendali

Se i trasferimenti IN-H sono regolamentati nelle schede operative del modello regionale di PDTA EDS, quelli OUT-H (interaziendali) devono essere disciplinati e formalizzati mediante degli specifici protocolli (denominati POINT) stipulati tra le varie Aziende Sanitarie afferenti.

Questi documenti, fondamentali per il corretto ed efficiente funzionamento della Rete, devono garantire:

- una comunicazione tra i reparti efficace, completa e tempestiva
- una maggior sicurezza per il Paziente
- un corretto handover

I **POINT**, la cui predisposizione e la stipula è a carico delle AASS, dovranno contenere le seguenti sezioni:

1. **modalità di trasferimento**
2. **comunicazioni**
3. **informazioni e la documentazione clinica che devono seguire il Paziente**
4. **modalità di trasporto secondario**

### SEZIONE 1 – Le modalità di trasferimento

In cui deve essere previsto che:

- ✓ il trasferimento del Paziente avviene tra Aziende afferenti in base a quanto definito nelle TABELLE 1,2,3 e 4 indicate nel *paragrafo 4.1.2.1* (linee di trasferimento)
- ✓ il trasferimento del Paziente è sempre da PS a PS (se ricoverato nel centro SPOKE deve essere dimesso e ricoverato nel centro HUB) e deve essere sempre prioritario per garantire loro un accesso tempestivo alle cure necessarie
- ✓ l’HUB non può rifiutare il trasferimento del Paziente dal centro SPOKE afferente se non per comprovati motivi eccezionali ed oggettivi (solo qualora il centro HUB competente sia impegnato in altri interventi che non consentono di eseguire l’endoscopia nei tempi compatibili con le condizioni cliniche del paziente questi potrà essere fatto afferire ad altro centro HUB)

### SEZIONE 2 - Le Comunicazioni

Prodromiche al trasferimento del Paziente deve essere concordato che:

- ✓ lo SPOKE deve comunicare preventivamente all’HUB, mediante telefonata ed e-mail da inviare alla Direzione Sanitaria e al reparto di Gastroenterologia della Struttura ricevente, il trasferimento di un Paziente EDS acuto
- ✓ l’HUB deve mettere a disposizione dei centri SPOKE un riferimento telefonico fisso e mobile del PS che “garantisca” h24 la risposta (si precisa che un’eventuale mancanza di risposta a più di un tentativo di contatto sarà considerata un’inappropriatezza in quanto rifiuto indiretto del Paziente)
- ✓ le e-mail di comunicazione trasferimento di un Paziente deve avere nell’oggetto un testo codificato, alcuni esempi di seguito:

“Trasferimento REGA di Rete – *cognome e nome del Paziente*”

“Trasferimento REGA particolare – *cognome e nome del Paziente*”

### SEZIONE 3 - Le informazioni e la documentazione clinica che devono seguire il Paziente

I POINT devono assicurare:

- ✓ la corretta informazione medica al Paziente e acquisizione del consenso ex L. 219/2017 la compliance alla normativa privacy
- ✓ la compliance normativa per la sicurezza dei dati
- ✓ un efficace e completo handover del medico che ha in carico il Paziente, mediante la trasmissione di tutte le informazioni e la documentazione clinica minime necessarie in conformità o ad integrazione di quanto già stabilito dalle procedure per il trasporto secondario dell'Azienda Sanitariache trasferisce.

Di seguito la documentazione clinica e le informazioni ritenute più rilevanti per la specificità patologica:

***se è stata fatta l'endoscopia:***

- i motivi del trasferimento e la documentazione clinica completa

***se non è stata fatta l'endoscopia:***

- i motivi del trasferimento
- tutto quanto previsto nelle fasi operative 1 e 2 del PDTA "*Diagnosi ed inquadramento del Paziente sospetto EDS*" e "*Arruolamento del Paziente – Il tempo zero*", quali:
  - ✓ stato emodinamico,
  - ✓ l'anamnesi.
  - ✓ tutti gli esami ematochimici effettuati,
  - ✓ tutti gli eventuali esami strumentali effettuati,
  - ✓ eventuali consulenze (gastroenterologica, chirurgica),
  - ✓ il tempo zero.

– ***La matrice di responsabilità***

Preventivamente all'attivazione del TSS, ogni Struttura sanitaria deve stabilire la matrice di responsabilità (Medico che ha in carico il Paziente e/o che attiva il trasferimento, oppure un team interdisciplinare) in relazione agli obblighi di conformità a quanto previsto dal PDTA regionale, quali ad esempio:

- ✓ stabilire la tempistica più opportuna, anche in ragione di eventuali timing, clinici e/o endoscopici, previsti nel PDTA,
- ✓ trasferire il Paziente in maniera appropriata,
- ✓ identificare la corretta Struttura di destinazione (HUB o SPOKE afferente),
- ✓ contattare preventivamente il centro ricettore con le modalità stabilite nel presente Piano di Rete o nel POINT (se già predisposto),
- ✓ trasmettere tutte le informazioni e la documentazione clinica prevista.

## 10. Il Management della REGA

### ➤ La Gestione della Rete

Il management della Rete è previsto mediante uno specifico **sistema centrale di controllo ed elaborazione** che consente un periodico miglioramento ed ottimizzazione organizzativa in relazione a possibili:

- criticità operative,
- aggiornamenti clinici (linee guida, EBM, etc.),
- evoluzioni tecnologiche della strumentazione,
- variazione delle risorse (professionali e/o di disponibilità del servizio) delle singole AS,
- maggiore consapevolezza epidemiologica e fenomenologica,
- mutate esigenze dell'Ente regionale, motivo per il quale il Piano di Rete è stato realizzato in modo da:
- consentire la rilevazione tempestiva delle possibili criticità,
- essere facilmente adattabile ad eventuali azioni reattive e alla mutabilità del contesto,
- effettuare degli opportuni benchmark regionali e nazionali.

### ➤ Il Monitoraggio

Gli strumenti di ricognizione utilizzati sono:

1. dashboard **indicatori di Rete**,
2. dashboard **indicatori PDTA**,
3. **schede di rilevazione fenomenologica**,
4. **registro dei trasferimenti OUT-H** (interaziendali).

### ➤ Gli indicatori di Rete

Si riporta una tabella riepilogativa con:

- la Struttura/AS che deve fornire il dato all'Ente regionale,
- la tipologia di indicatore,
- i singoli indicatori.

FONTE DEL DATO	TIPOLOGIA INDICATORE	INDICATORE
HUB	RIFERIMENTO: TRASFERIMENTI DA ALTRA AZIENDA SANITARIA e ACCESSO 118	
	performance	<b>n. trasferimenti in ambito REGA</b> <i>con dettaglio nn. "di Rete" - "particolari" - "eccezionali" - "straordinari"</i>
	processo	<b>n. trasferimenti organizzativamente inappropriati</b> <i>con dettaglio nn. "da una Struttura non afferente" - "cross-SPOKE"</i> <b>n. accessi 118 non conformi alle disposizioni di Rete</b>
	proxy	<b>n. trasferimenti clinicamente inappropriati</b> <i>con dettaglio nn. "tardivi o overtime" - "con informazioni e/o documentazione clinica incompleta" - "con imprecisa o carente preventiva comunicazione"</i>
	esito	<b>tasso di complicanze</b> <b>tasso CFR</b>
	scientifici	da includere nella SCHEDA DI RILEVAZIONE FENOMENOLOGICA

FONTI DEL DATO	TIPOLOGIA INDICATORE	INDICATORE
SPOKE	RIFERIMENTO: TRASFERIMENTI DA ALTRA AZIENDA SANITARIA e ACCESSO 118	
	performance	n. trasferimenti "di Rete"
	processo	n. trasferimenti organizzativamente inappropriato con dettaglio n. "da una Struttura non afferente" n. accessi 118 non conformi alle disposizioni di Rete
	proxy	n. trasferimenti clinicamente inappropriato con dettaglio nn. "tardivi o overtime" - "con informazioni e/o documentazione clinica incompleta" - "con imprecisa o carente preventiva comunicazione"
	esito	tasso di complicanze tasso CFR
	scientifici	da includere nella SCHEDA DI RILEVAZIONE FENOMENOLOGICA

### ➤ Le Schede di Rilevazione Fenomenologica

Rilevata l'esigenza ed opportunità, anche in funzione di una periodica review d'ottimizzazione clinico-organizzativa e ricollocazione funzionale delle risorse, di una ricostruzione epidemiologica attuale, locale e dettagliata, le Strutture/Aziende Sanitarie individuate come **HUB** e **SPOKE** devono effettuare delle specifiche rilevazioni, **da trasmettere in forma aggregata all'Ente regionale con periodicità semestrale** mediante delle **SCHEDI DI RILEVAZIONE FENOMENOLOGICA O DELLE ATTIVITA' IN EMERGENZA**.

**Tali Schede di rilevazione dovranno raccogliere** i seguenti dati minimi per ogni Paziente con emorragia digestiva superiore arruolato nella REGA in qualunque livello di setting assistenziale:

- data
- giorno (feriale, festivo, prefestivo)
- orario di accesso nella Struttura
- sintomi in ingresso
- sesso
- età
- farmaci assunti (FANS, antitrombotici, DOAc, SSRI)
- comorbidità
- accesso del Paziente (118, PS, degente interno, da altra Struttura aziendale, da altra Struttura non aziendale)
- delta temporale tra tempo zero ed endoscopia o trasferimento in altra Struttura
- causa emorragia
- complicanze
- giorni di degenza
- esito a 30gg

### ➤ Registro dei Trasferimenti OUT-H (interaziendali)

Tutte le Strutture **SPOKE** o **altri DEA/PS** che effettuano un trasferimento interaziendale **non afferente** (paragrafo n.4.1.2) e, pertanto, presumibilmente inappropriato, devono semestralmente inviare all'ente Regionale il **Registro dei Trasferimenti OUT-H con motivazioni oggettive e documentate relative ai trasferimenti**.

## ➤ La compliance

Altro elemento di garanzia per la qualità e la sicurezza della Rete è il controllo di aderenza dei comportamenti agli standard stabiliti al fine di identificare eventuali gap o aree di miglioramento. La valutazione della percentuale di compliance è realizzata ex post **semestralmente** mediante l'analisi degli indicatori di processo.

A tale analisi possono far seguito degli opportuni **audit periodici peer review** finalizzati a rilevare le cause primarie e secondarie di eventuali:

- divergenze nell'applicazione dell'*assigned pathway*
- substandard care
- inapproprietezze

anche condividendo e discutendo, sia i dati che gli eventuali motivi di scostamento dai comportamenti attesi, con gli Operatori sanitari coinvolti nella REGA.

## ➤ La revisione

Le attività di review, utili a mantenere costanti nel tempo:

- efficacia
- efficienza
- massima conformità a linee guida ed evidenze scientifiche
- corrispondenza i dati epidemiologici e i bisogni di salute dei cittadini regionali
- allineamento con eventuali nuovi obiettivi della Regione Campania

previste in base alle specificità clinico-organizzative della REGA sono:

ATTIVITA'	TIMING
<b>aggiornamento per nuove linee guida o evidenze scientifiche che modificano i principi clinici utilizzati</b>	<i>al massimo entro 3 mesi dalla pubblicazione</i>
<b>reporting dati sull'operatività della Rete</b>	<i>ogni 6 mesi</i>
<b>reporting dati epidemiologici</b>	<i>ogni anno</i>
<b>revisione dei processi di Rete</b>	<i>ogni 2 anni</i>
<b>updating dei modelli di PDTA</b>	<i>ogni 3 anni</i>
<b>revisione centri Hub e Spoke Rete emorragici *</b>	<i>ogni 2 anni</i>

### \* SI EVIDENZIA CHE:

è prevista una verifica periodica biennale di possesso dei requisiti minimi (*ex paragrafo 3.3*) per le Strutture sanitarie classificate come Hub e Spoke regionali della Rete emorragici con conseguente possibile revisione degli stessi (mediante esclusioni, inclusioni downgrade e upgrade)

## ➤ La formazione

Premesso che un'efficace formazione e l'aggiornamento professionale sono le principali leve di investimento per il miglioramento continuo del livello di assistenza, il Piano di Rete prevede che le **singole AS**, sviluppino percorsi formativi specifici per gli Operatori Sanitari coinvolti nella REGA finalizzati ad incrementare il grado di competenza sia clinico che tecnico nonché di consapevolezza organizzativa.

Pertanto, il *learning pathway* indicato prevede:

- omogeneità
- obbligatorietà
- accredito ECM
- argomenti predefiniti
- una modalità blended

con i seguenti argomenti minimi:

- modalità operative del modello regionale di PDTA
- la gestione dei trasferimenti nell'ambito della REGA
- punti di criticità dei modelli gestionali utilizzati
- discussione sui dati fenomenologici
- case-study su particolari situazioni oggetto di audit

## 11. Il Comitato regionale della Rete (CoREGA)

La DG Salute istituirà il Comitato regionale della Rete quale organismo di osservazione specialistica permanente, composto da gastroenterologi e tecnici che avrà le seguenti funzioni:

- realizzazione di studi epidemiologici attendibili, dettagliati e locali,
- segnalare tempestivamente eventuali significative evoluzioni nelle linee guida ed evidenze scientifiche,
- raccolta ed analisi dei dati fenomenologici e redazione del reporting annuale,
- indicare punti di sviluppo organizzativo della Rete,
- analisi degli indicatori e supporto per il monitoraggio della Rete e nella redazione del reporting semestrale,
- segnalazione di casi o situazioni che devono essere oggetti di specifici audit partecipazione agli stessi,
- supporto nell'attività formativa delle varie Aziende Sanitarie anche per la composizione degli argomenti più opportuni da sviluppare
- supporto alle Aziende Sanitarie regionali nel processo di contestualizzazione del modello di PDTA della REGA
- valutazione della conformità alle esigenze clinico-organizzative della Rete e successiva validazione dei PDTA, predisposti dalle singole Aziende Sanitarie sul modello regionale, preventivamente alla loro adozione locale.