

# LA COSTRUZIONI DELLE RETI CLINICHE

Dott. Domenico Antonio Ientile

Direttore Sanitario

Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118- ARES 118

Lazio



Il mutato contesto:

- calo delle patologie infettive ed incremento delle patologie cronicodegenerative ;
- Incremento della popolazione anziana;
- Evoluzione scientifica (specializzazioni e super-specializzazioni) e la rapida evoluzione tecnologica;
- La necessità di ottimizzazione delle risorse (spendere meno, spendere meglio)

HA RESO NECESSARIO PROCEDERE A REVISIONE  
DEI MODELLI ASSISTENZIALI

Le “reti” rappresentano una fonte di  
ispirazione per modelli organizzativi in  
grado di rispondere contemporaneamente

alla progressiva  
specializzazione e alle  
esigenze di integrazione  
delle autonomie

(Meneguzzo M, 1996; Lega F, 2002, Cepiku  
D. et al., 2006; Meneguzzo M. e Cepiku D.,  
2008)



# DEFINIZIONE DI RETE

Per rete clinica si intende un insieme di strutture sanitarie logisticamente anche separate ma legate fra di loro da relazioni o connessioni di natura giuridica e organizzativa e da obiettivi comuni.

Le reti in Sanità possono essere:

- ✓ Orizzontali: forme di cooperazione e/o specializzazione tra aziende, strutture o professionisti posti sullo stesso livello di cure
- ✓ Verticali: integrazione fra aziende, strutture o professionisti posti sui differenti livelli di cura ed assistenza



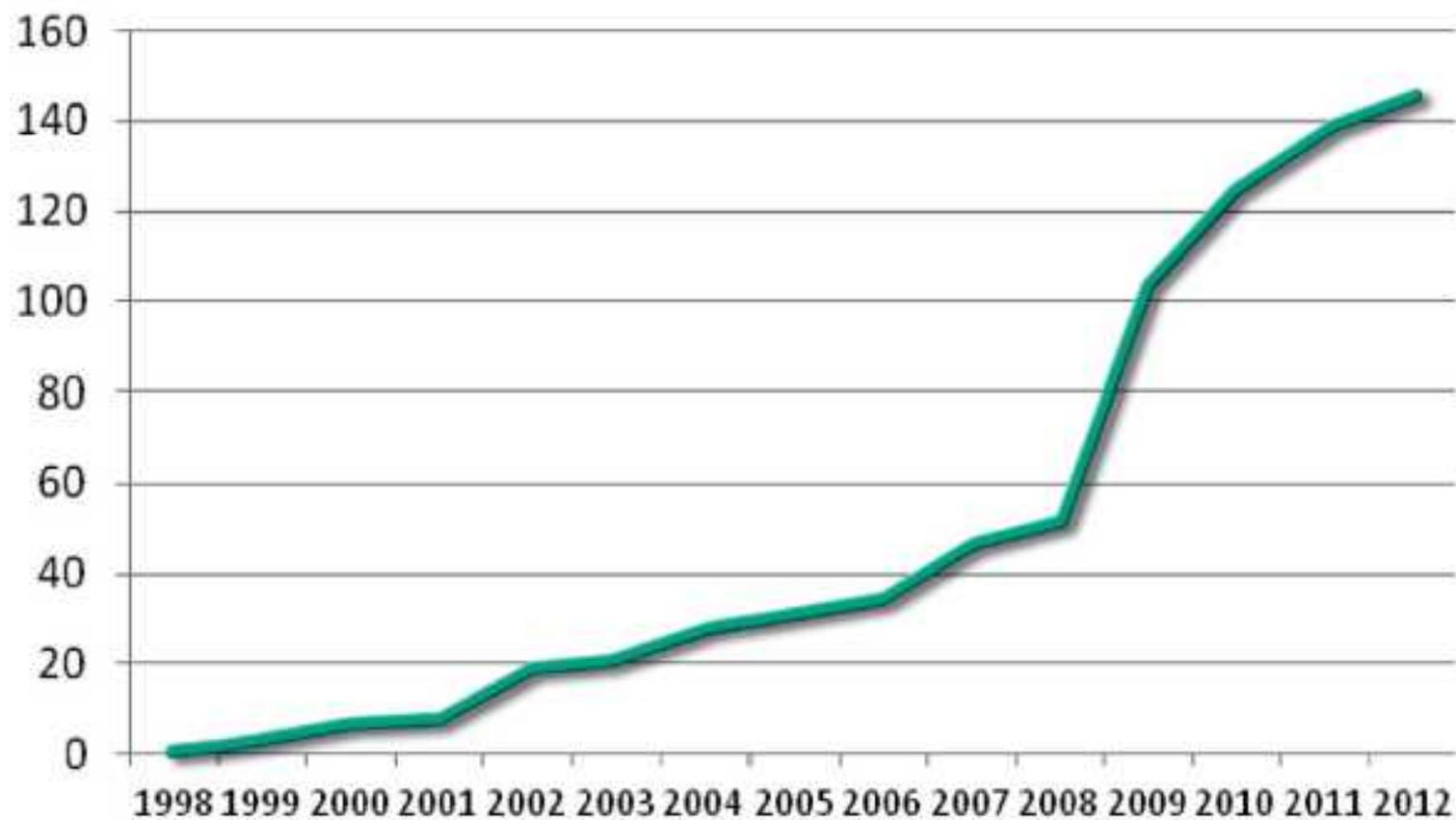
# QUALI I VANTAGGI ?

La creazione di reti cliniche può determinare:

- Benefici in termini di razionalizzazione delle risorse disponibili
- Miglioramenti qualitativi nell'erogazione delle prestazioni



## Crescita e diffusione delle reti cliniche



## Mappatura delle reti regionali

Rede clinica	sulla carta	parzialmente avviata	Avviata	Totale (senza ND)	% su Totale (senza ND)	sulla carta	parzialmente avviata	avviata	ND	Totale
Abruzzo	13	2	4	19	7,6%	68,4%	10,5%	21,1%	2	21
Basilicata	2	3	3	8	3,3%	25,0%	37,5%	37,5%	4	12
Calabria			2	2	0,8%	0,0%	0,0%	100,0%	8	10
Campania		1		1	0,4%	0,0%	100,0%	0,0%		1
E.Romagna	1	2	13	16	6,5%	6,3%	12,5%	81,3%		16
F. V. Giulia			2	2	0,8%	0,0%	0,0%	100,0%		2
Lazio	2		5	7	2,9%	28,6%	0,0%	71,4%		7
Liguria	39		1	40	16,3%	97,5%	0,0%	2,5%		40
Lombardia	3	1	10	14	5,7%	21,4%	7,1%	71,4%	6	20
Marche	5		7	12	4,9%	41,7%	0,0%	58,3%	9	21
Molise		1	7	8	3,3%	0,0%	12,5%	87,5%	2	10
Pa. Bolzano			1	1	0,4%	0,0%	0,0%	100,0%		1
Pa. Trento			3	3	1,2%	0,0%	0,0%	100,0%		3
Piemonte	3	6	12	21	8,6%	14,3%	28,6%	57,1%		21
Puglia	6	4	4	14	5,7%	42,9%	28,6%	28,6%		14
Sardegna	6	13	2	21	8,6%	28,6%	61,9%	9,5%	1	22
Sicilia	1	1		2	0,8%	50,0%	50,0%	0,0%		2
Toscana	2		14	16	6,5%	12,5%	0,0%	87,5%	2	18
Umbria	9	1	7	17	6,9%	52,9%	5,9%	41,2%		17
V. d'Aosta			7	7	2,9%	0,0%	0,0%	100,0%		7
Veneto		2	12	14	5,7%	0,0%	14,3%	85,7%		14
<b>Totale</b>	<b>92</b>	<b>37</b>	<b>116</b>	<b>245</b>		<b>37,6%</b>	<b>15,1%</b>	<b>47,3%</b>	<b>34</b>	<b>279</b>

# QUALI LE PRINCIPALI DIFFICOLTA' NELL'IMPLEMENTAZIONE?

Scelte di natura progettuale, condizioni di contesto istituzionale-politico, carenze di competenze specifiche dedicate:

1. Mancata corrispondenza fra quanto dichiarato nei documenti programmatori regionali e le priorità assegnate alle ASL/AO.
2. Limitata autonomia aziendale nella gestione del personale soprattutto nel pubblico
3. Necessità di tempi lunghi per la riconfigurazione a rete
4. Presenza di un coordinamento regionale
5. Approccio «dal Basso» con coinvolgimento dei professionisti
6. Diffidenza/riluttanza reciproca fra pubblico e privato nello sviluppo delle reti
7. La programmazione dell'offerta dovrebbe svincolarsi dai confini territoriali delle singole ASL/AO e svilupparsi in relazione a bacini di popolazione statisticamente significativi e secondo la propensione della stessa popolazione a gravitare attorno ai diversi ospedali.

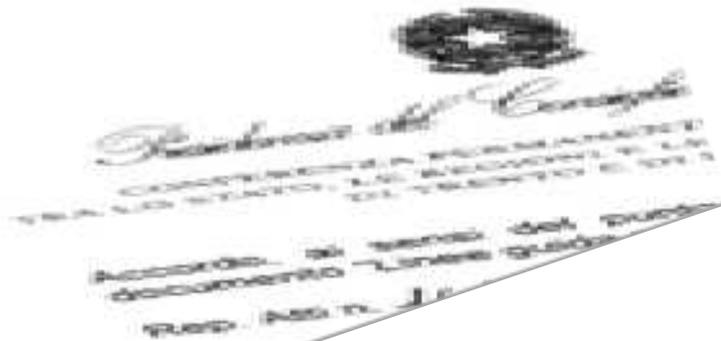
Il D.M. 70 del 02.04.2015: «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» affronta il tema delle reti cliniche, individuando:

- Reti ospedaliere per acuti, con organizzazione secondo livelli gerarchici di complessità (presidi ospedalieri di base; presidi ospedalieri di livello I e presidi ospedalieri di livello II)
- Reti specialistiche per patologie all'interno della rete ospedaliera: (infarto; ictus, traumatologica, neonatologica e punti nascita; medicine specialistiche; oncologica; pediatrica; trapiantologica; terapia del dolore e malattie rare)
- Rete dell'Emergenza-Urgenza (CO e rete territoriale di soccorso, rete ospedaliera dell'emergenza -PS, DEA I o Spoke, DEA II o Hub-)



In particolare con il DM 70/2015 viene richiamata la necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate derivando da ciò la necessità di una rifunzionalizzazione in rete dei servizi ospedalieri, anche nell'ambito delle patologie tempo dipendenti.

Ed è proprio nell'ambito delle reti per le patologie tempo-dipendenti che l'AGENAS ha svolto un doppio ruolo, prima nella rilevazione e valutazione delle Reti clinico tempo-dipendenti e del loro stato di implementazione nei diversi ambiti regionali e poi delineando le *Linee Guida per la revisione delle reti clinico assistenziali - reti tempo dipendenti* poi approvate con Conferenza Stato-Regioni del 24 gennaio 2018



Per quanto attiene le reti tempo-dipendenti il D.M. 70/2015 prevede e dettaglia i requisiti delle strutture afferenti:

### **RETE CARDIOLOGICA:**

- Rete di intervento territoriale imperniato sul 118 cui si affianca una rete inter-ospedaliera coordinata di tipo Hub e Spoke con la presenza di un'emodinamica per un bacino di utenza di 300.000-600.000 abitanti

### **RETE TRAUMA:**

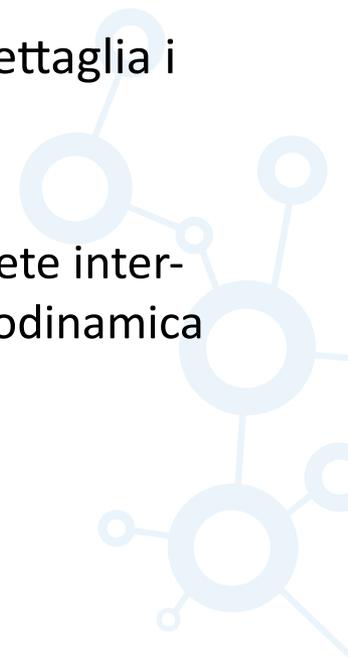
- Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST)
- Centri Traumi di zona (CTZ)
- Centri trauma di alta specializzazione (CTS): con un bacino ottimale di 2-4 milioni di abitanti

### **RETE ICTUS:**

- Stroke Unit I
- Stroke Unit II

### **RETE EMEREGNZA-URGENZA**

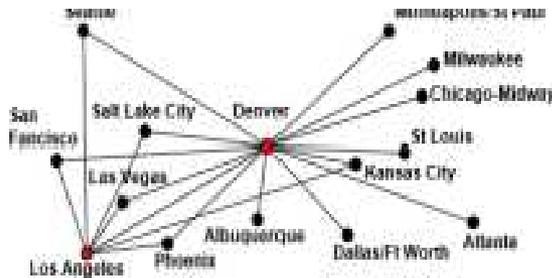
- Centrali Operative
- Pronto Soccorso
- DEA I livello
- DEA II Livello



# Cosa prevedono le reti tempo dipendenti?

## Il Modello Hub e Spoke

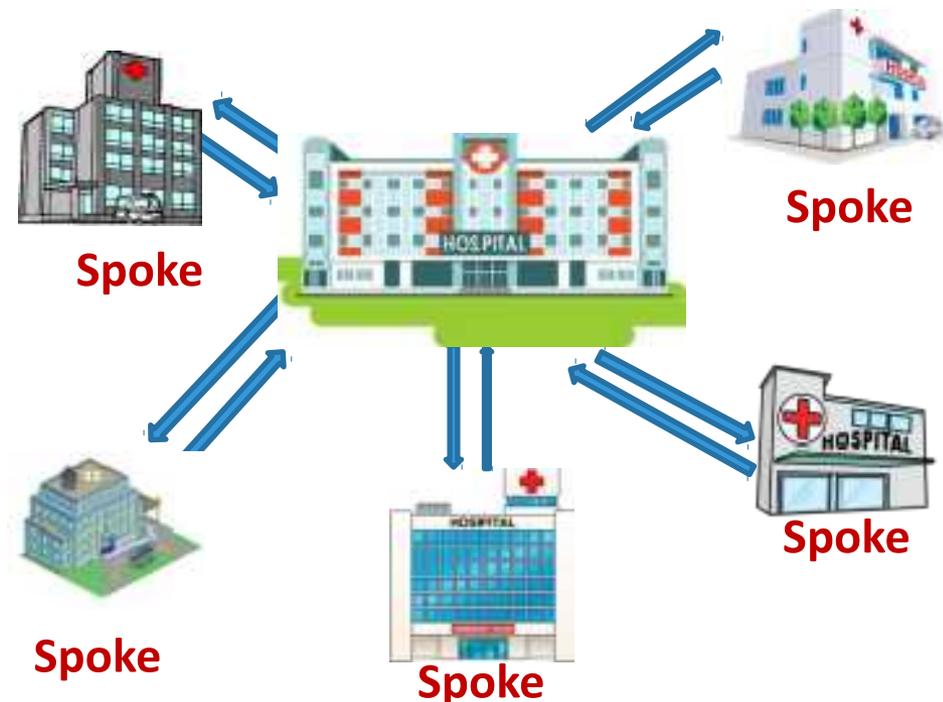
Sono costruite secondo un modello di tipo hub and spoke, i cui nodi delle rete sono caratterizzati da differenti livelli tecnologici ed organizzativi



Il modello *hub* (mozzo) *and spoke* (raggio) nasce nel mondo dell'aeronautica civile negli Stati Uniti, in seguito all'introduzione delle regole del libero mercato, con quindi la necessità di razionalizzare i voli. Concentrando i collegamenti su un "hub", il risultato è una capacità di fornire più frequenze tra due aeroporti "spokes", il cui flusso di traffico, invece di risolversi con voli diretti, viene convogliato sull'hub.

Di Elwood64151, at the English Wikipedia project, CC BY-SA 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=3456910>

Tale modello è stato utilizzato in Sanità con la costituzione delle **reti cliniche** che prevede che la casistica più complessa sia concentrata in un numero limitato di centri (HUB), la cui attività è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (SPOKE).



PARTECIPAZIONE AL QUESTIONARIO				
REGIONE	TIPOLOGIA DI RETE TEMPO DIPENDENTE			
	Cardiologica per l'emergenza	Neonatologica e dei punti nascita	Ictus	Traumatologica
Abruzzo	no	parziale	parziale	no
Basilicata	si	si	si	si
Calabria	no	no	no	no
Campania	no	no	no	no
Emilia Romagna	si	si	si	si
Friuli Venezia Giulia	si	si	si	si
Lazio	si	si	si	si
Liguria	parziale	si	si	no
Lombardia	si	si	si	si
Marche	parziale	parziale	si	si
Molise	parziale	parziale	no	no
Piemonte	si	si	si	si
P.A. di Bolzano	no	no	no	no
P.A. di Trento	parziale	si	si	si
Puglia	si	si	parziale	si
Sardegna	no	no	no	no
Sicilia	si	si	si	si
Toscana	si	si	si	si
Umbria	si	si	si	si
Valle d'Aosta	si	si	si	si
Veneto	si	si	si	si
Numero questionari validi e parziali	16	17	16	14



# RETI TEMPO-DIPENDENTI E SISTEMA DELL'EMERGENZA TERRITORIALE

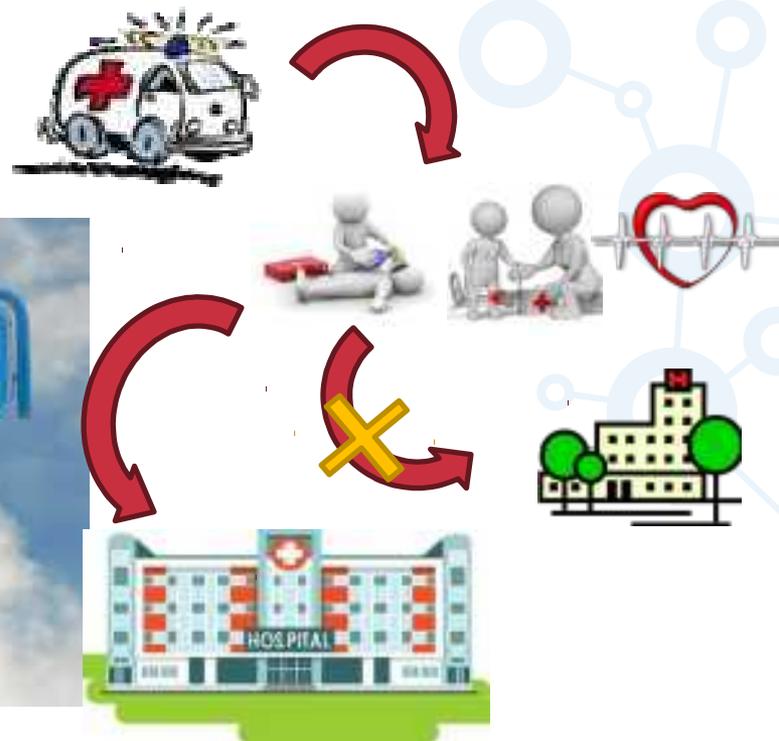
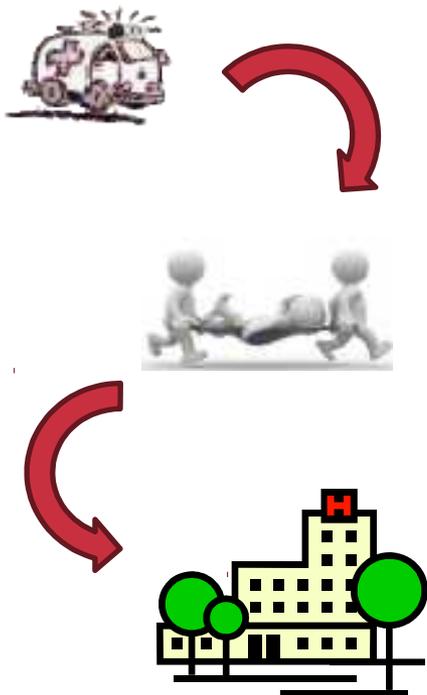
Il corretto funzionamento delle reti tempo-dipendenti presuppone:

- un soccorso sanitario territoriale in emergenza urgenza efficiente ed in grado di garantire una corretta gestione dei pazienti:
  - Trattamento pre-ospedaliero del paziente con anticipazione della diagnosi sul luogo del soccorso qualora possibile (es. rete infarto)
  - Centralizzazione del paziente
- un collegamento funzionale tra le strutture ospedaliere



# QUAL È IL RUOLO DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA?

“servizio”: semplice invio dell’ambulanza sul luogo dell’evento ed il successivo trasporto del paziente al Pronto Soccorso più vicino



“sistema di soccorso”: integrazione delle fasi di soccorso con l’invio del mezzo meglio attrezzato per il trattamento extraospedaliero “Stay and Play” (“rimani e lavora”), così da incidere sull’intervallo di tempo in cui la vittima rimane senza adeguata terapia (Therapy Free Interval) prima del trasporto all’ospedale più idoneo.

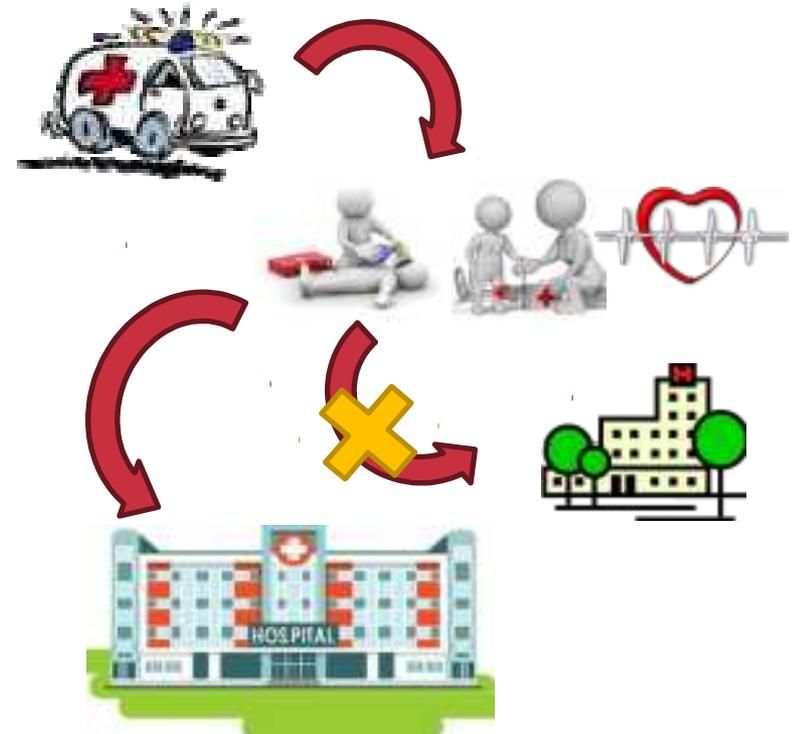
# Sistema emergenza territoriale e reti

Garantire integrazione e sinergia tra fase territoriale del soccorso e fase ospedaliera



# Dimensione territoriale

- Utilizzo da parte della popolazione del sistema emergenza territoriale
- Superamento logica dell'ospedale più vicino con quella dell'ospedale più appropriato. L'ospedale ricevente è individuato:
  - Tempo di esordio
  - Profilo del paziente
  - Distanza struttura di riferimento rispetto al target del soccorso



# Dimensione territoriale

- Centralizzazione del paziente in via primaria o secondaria:
  - Rete infarto: presso struttura ospedaliera più vicina con emodinamica libera anche in assenza di posto letto di UTIC
  - Rete stroke: presso struttura ospedaliera più vicina in grado di effettuare trombolisi intravenosa
  - Rete trauma: centralizzazione presso il CTZ o CTS in funzione delle condizioni cliniche del paziente



# LE RETI TEMPO-DIPENDENTI NEL LAZIO



## Rete dell'Emergenza

4 DEA II (6 DEA II a regime)  
22 DEA I (20 DEA I a regime)  
19 Pronto Soccorso



## Rete Cardiologica

21 Strutture con Emodinamica  
9 Strutture Con reparto di Cardiologia/UTIC  
4 Strutture dotate di Cardiochirurgica  
(3 strutture CCH a supporto)



## Rete Trauma grave e Neurotrauma

3 CTS: Centro trauma alta specializzazione  
6 CTZ: Centro trauma di zona  
25 PST: Pronto Soccorso traumatologico



## Rete Ictus

4 Stroke Unit II  
7 Stroke Unit I



## Rete Perinatale

11 Strutture di Livello II  
23 Strutture di Livello I

# Dimensione tecnologica

- Mezzo di soccorso
- Dispositivi trasmissione tracciato ECG, dispositivi medici
- Terapia pre-ospedaliera



# Organizzativa ed informativa

- Procedura standardizzata a livello regionale per la gestione delle diverse patologie
- Formazione del personale su base regionale
- Rilevazione uniforme dei dati del soccorso



# Conclusioni

- L'implementazione delle reti cliniche sta determinando dei cambiamenti che seppur a ritmi forse inferiori a quelli ottimali e desiderabili e con un'accentuata variabilità geografica stanno prendendo piede in tutto il sistema sanitario.
- L'integrazione in una logica di rete delle varie componenti "La filiera della salute" risponde al bisogno di perseguire, al contempo, condizioni di migliore presa in carico dell'utente, di efficacia clinica, di sicurezza dei pazienti e di efficienza economica complessiva.

