

ALLEGATO 3 – Linee guida di alcune reti specialistiche.

1. La rete delle malattie cerebrovascolari	1
2. La rete per la terapia dell'infarto miocardico acuto (STEMI)	2
3. La rete oncologica	2
4. La Rete Regionale di Allergologia e l'Osservatorio per le Gravi Reazioni Allergiche	4

1 La rete delle malattie cerebrovascolari

L'epidemiologia dell'ictus e del TIA, rilevata tramite le schede di dimissione ospedaliera, negli anni 2000-2009 riporta 15.000-16.000 ricoveri/anno, con tendenza ad una lenta flessione (da 16.957 ricoveri nel 2000 a 14.489 nel 2009). Nel 2009 si rilevano 9985 ricoveri per l'ictus ben definito (DRG14), e 2539 ricoveri per il TIA.

Le classi di età rispecchiano l'andamento degli altri paesi occidentali, con un tasso che raddoppia ogni circa 10 anni (il 35% degli ictus in Piemonte si verifica in persone tra gli 80 e i 90 anni).

I decessi nel corso del ricovero per ictus nel 2009 sono stati 1815, pari al 14% del totale.

Le ischemie rappresentano l'82% dei ricoveri per ictus, le emorragie il restante 18 %. Queste ultime hanno più elevata mortalità (33%). I ricoveri, quasi esclusivamente in neurochirurgia, per emorragia subaracnoidea, sono circa 200 all'anno, con mortalità ospedaliera del 23%.

L'osservatorio epidemiologico del Piemonte ha messo in evidenza, in anni recenti, l'esistenza di un tasso di mortalità per ictus più elevato, in Piemonte, rispetto ai dati nazionali. Si evidenziano particolarmente elevati i dati relativi al VCO, all'Astigiano, al Vercellese e alle aree montane.

L'accesso in ospedale nel 2009 è avvenuto con mezzi propri nel 42% dei casi, tramite il 118 nel 31 % dei casi, nel 17% con altri mezzi (trasferimento, invio del medico di medicina generale, ecc.).

La dimissione avviene al domicilio nel 55% dei casi di ictus e nell' 82 % dei TIA; l'invio in strutture riabilitative avviene per il 12 % degli ictus e il 3 % dei TIA.

La rete per l'ictus si avvale di PDTA con integrazione ospedale territorio. Molto importanti sono le misure di prevenzione primaria, affidate soprattutto alla Medicina di Base, per ridurre i fattori di rischio e le misure di prevenzione secondaria affidate principalmente ai neurologici ospedalieri e ambulatoriali, tramite controlli programmati dei pazienti.

Per il trattamento in fase acuta si sono dimostrati efficaci il ricovero in stroke unit e la trombolisi entro tre ore dall'esordio dei sintomi, che riducono la mortalità ed il deficit residuo (l'ictus è attualmente la prima causa di invalidità permanente).

Attualmente in Piemonte vengono trattati circa il 3 % di tutti i casi di ictus (nel 2005 soltanto lo 0,3 %). E' un valore in linea con quello delle regioni italiane più avanzate in questo settore, ma deve ancora crescere, in quanto lontano ancora da quella dei paesi nordici e anglosassoni dove si arriva a punte del 10-15%.

Per ottenere questi risultati è necessario un forte processo organizzativo che coinvolga 118, DEA, neurologie dotate di stroke unit, neurochirurgie, neuroradiologie, tutti in rete e collegati con un sistema informativo che permetta la trasmissione delle immagini e delle informazioni utili.

2 La rete per la terapia dell'infarto miocardico acuto

Nella Regione Piemonte il numero complessivo degli Infarti Miocardici (STEMI) si aggira tra i 5.200 e 5.500 per anno a fronte di un'attesa di circa 3.000 secondo i parametri internazionali.

I Pazienti riperfusi, quasi tutti mediante PPCI, angioplastica primaria, sono cresciuti dal 47 % del 2007 al 53% del 2009.

La mortalità ospedaliera dei pazienti riperfusi è variabile dal 4,6 al 5,8 %, con distinzione tra i due sessi: le donne hanno mortalità 7,1 % e gli uomini hanno il 4,4% (dati del 2009). La mortalità ospedaliera totale di tutti i pazienti con STEMI è invece circa il 13 %, comprensiva dei riperfusi e i non riperfusi.

Il numero delle angioplastiche primarie (PPCI) è arrivato a 2.000 – 2.700 per anno (la variabilità è a causa della discordanza fra i diversi sistemi di rilevazione in atto)

Permane, da parte dei cittadini, una sottovalutazione dei sintomi di infarto e conseguente sottoutilizzo del 118, che oggi rappresenta circa il 28% delle modalità di accesso al pronto soccorso. Questo ridotto utilizzo, nel triennio 2007 – 2009, evidenzia come sia importante portare a conoscenza della popolazione l'esistenza della rete e la capacità della stessa di rendere nettamente più efficace l'intervento sanitario.

La rete regionale per la terapia dello STEMI è un sistema organizzativo tra 118, cardiologie e DEA, per permettere la più rapida diagnosi e la più efficace terapia riperfusiva per tutti i pazienti che si trovino in qualsiasi area della Regione Piemonte.

La rete viene attivata mediante la chiamata del 118 da parte del paziente, o altra persona a lui vicino, per cui è necessaria una campagna di sensibilizzazione / informazione su tale necessità rivolta sia ai cittadini che agli operatori sanitari, in primis i MMG, operanti sul territorio;

- l'equipe del 118 effettua prontamente l'ecg che viene trasmesso, per la lettura, al servizio di cardiologia con unità coronarica di riferimento territoriale;
- se l'ecg evidenzia la presenza di STEMI il 118 trasporta il paziente direttamente all'ospedale dove è presente il laboratorio di emodinamica attivo h 24 e di riferimento per l'area per sottoporlo ad angioplastica primaria in tempi molto rapidi;
- a tal fine, mediante protocolli condivisi, in ogni ospedale sede di emodinamica h 24 è definito il percorso di arrivo al DEA del paziente tramite il 118 e il suo immediato invio all'emodinamica;
- durante il trasporto in ambulanza il paziente è già sottoposto alla terapia appropriata da parte dell'equipe del 118.

Attualmente tutte le UTIC della Regione sono coinvolte nella diagnosi di STEMI mediante la ricezione dell'ecg da parte del 118 e sua lettura.

Trascorso il primo periodo di attività, approssimativamente sei mesi, sarà valutata l'eventuale opportunità della trasmissione dell'ecg alle Cardiologie dotate di laboratorio di emodinamica h 24.

3 La rete oncologica

I tassi di mortalità standardizzati per le patologie oncologiche risultano in leggero declino in Piemonte, registrando, nel periodo 1990-2008, una diminuzione del 12,9% negli uomini (da 425,5 per 100.000 a 370,8) e del 12,4% nelle donne (da 230,2 a 201,7), riduzione meno sensibile rispetto a quella nazionale (rispettivamente -17,8% e -13,1%).

Il Registro dei Tumori di Torino è il primo nato in Italia, ma la nostra Regione ha attualmente la copertura di popolazione più bassa tra le Regioni settentrionali: 24,5% rispetto ad una media del 48%. Per migliorare tale situazione si prevede l'informatizzazione e l'adozione del nuovo sistema di classificazione delle patologie neoplastiche da parte di tutte le anatomie patologiche.

Prevenzione primaria e screening E' programmato un coordinamento delle attività per combattere il fumo, l'uso dell'alcool, l'esposizione a cancerogeni in ambienti di vita e di lavoro, la diffusione di agenti infettivi oncogeni. Saranno promosse azioni per un'alimentazione salubre e l'attività fisica. Particolare attenzione sarà rivolta al coordinamento degli interventi per la bonifica da amianto. Proseguirà il programma regionale di screening per i tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon, adeguando la dipartimentalizzazione degli interventi alla nuova organizzazione.

Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali E' prevista per ciascuna patologia neoplastica l'identificazione di uno specifico percorso, valido per tutta la rete, che preveda: uniformità nella refertazione anatomo-patologica, standardizzazione della diagnostica, caratteristiche richieste per essere centro di riferimento per il trattamento, procedure organizzative per la concentrazione di campioni per analisi biologico-molecolari, genetiche, biobanche tessutali. La qualità delle prestazioni di ciascun percorso sarà monitorata con indicatori di struttura, processo, esito, efficienza, gradimento e valutazione delle attività.

Coinvolgimento dei Medici di medicina generale E' previsto per l'elaborazione delle parti del percorso che più riguardano la loro professionalità: counselling per la riduzione del rischio, tempestività della diagnosi, riabilitazione e follow up, assistenza domiciliare integrata in fase avanzata, aiuto ai familiari nella gestione del lutto.

Ricerca clinica L'oncologia è l'area più coinvolta nell'ambito delle sperimentazioni cliniche, rappresentando da sola, tra le 22 aree terapeutiche, il 27,8% di tutte le ricerche. Occorre prevedere un supporto scientifico, normativo, formativo e organizzativo che faciliti la loro diffusione e una semplificazione delle procedure per la loro autorizzazione, con un comitato etico unico di riferimento per gli studi clinici promossi dalla rete.

Paziente oncologico anziano Attualmente il 68% dei tumori maschili e il 60% dei tumori femminili sono diagnosticati dopo i 65 anni. Devono quindi essere programmati specifici percorsi; si prevede di valorizzare il ruolo degli ospedali minori del cluster come strutture post ricovero dopo interventi chirurgici complessi e la gestione di complicanze o riacutizzazioni nel corso della malattia.

Tumori pediatrici E' prevista una programmazione particolare non per il numero dei casi, relativamente contenuti, ma per la complessità e delicatezza richiesta da patologie che prevedono una possibilità di guarigione superiore al 70%. Sono individuati un hub unico regionale presso l'Ospedale Regina Margherita e un insieme di strutture satelliti che coprono l'intero territorio regionale per le terapie meno complesse, interventi di riabilitazione e follow up.

Tumori rari Saranno identificati per la diagnosi e il trattamento dei tumori rari dei singoli apparati specifici riferimenti regionali. Di tali tumori è prevista la registrazione centralizzata per favorire l'acquisizione del maggior numero di informazioni biologiche e cliniche.

Tecnologie biomolecolari Sono definiti gli standard qualitativi minimi per le anatomie patologiche con i relativi controlli di accuratezza, riproducibilità, concordanza di lettura, adeguatezza delle procedure. Va superata l'attuale frammentarietà delle biobanche di cui è in corso il censimento.

Tecnologie di diagnostica per immagini Le nuove tecnologie in questo ambito saranno introdotte non tanto per la migliore qualità delle immagini da esse ottenute quanto per la loro capacità di modificare la conoscenza ed il trattamento dei tumori, concorrendo ad un effettivo miglioramento della qualità di vita e della sopravvivenza dei pazienti.

Tecnologie radioterapiche La distribuzione dei centri è sufficiente a coprire le esigenze del territorio regionale: alcuni acceleratori lineari hanno superato la vita media prevista (10 anni) e si considera prioritaria la loro sostituzione nelle radioterapie di Cuneo, Alessandria, Novara e AO Mauriziano. Opportune valutazioni di HTA consentiranno l'acquisizione e diffusione di nuove tecnologie (RT stereotassica, IMRT, IGRT, GammaKnife, Tomoterapia, IORT, RT metabolica, adroterapia).

Formazione E' previsto un piano per il personale della rete, specifico per figure professionali e settori di intervento. In collaborazione con l'Università saranno promossi master per nuove figure professionali: data manager e infermieri di ricerca.

Proposta Operativa A 11 anni dalla istituzione della Rete Oncologica Piemontese (ROP) occorre ora prevedere alcuni cambiamenti dovuti a:

Carenze organizzative: è mancata in questi anni la realizzazione di "nodi" della rete ove favorire lo sviluppo di nuove terapie in oncologia.

Cambiamenti legislativi: La ROP con dgr 1- 358/20.7.10 è stata trasformata in "Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale denominato "Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta", a parziale modifica della dgr n. 21/ 03.06.09. Conseguentemente è stato modificato il "Regolamento della Rete Oncologica" e la composizione dell'Unità di Coordinamento Rete. I compiti della ROP in parte si sovrappongono a quelli dei Poli Oncologici (D.G.R. n. 48-9824 del 30.06.2003). Occorrerà una revisione dei compiti di tutte le strutture coinvolte nei processi assistenziali oncologici, al fine di definire con precisione gli specifici compiti ed evitare sovrapposizioni. Si programmano quindi solo due livelli organizzativi eliminando gli attuali Poli Oncologici definiti dalla dgr n. 48/30.06.03 e successive modificazioni:

- Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale
- Dipartimenti di Oncologia delle ASO regionali che a loro volta includono le strutture oncologiche (Divisioni di Oncologia ed Ematologia presenti nella loro area di competenza)

Nuove strategie organizzative del Sistema Sanitario Regionale (Hub and Spoke): la nuova strategia organizzativa della rete ospedaliera della Regione Piemonte sinergizza in maniera completa con gli obiettivi primari della ROP, rappresentati in primo luogo dall' identificazione delle strutture abilitate ad erogare determinate prestazioni complesse.

La Ricerca Clinica I protocolli clinici controllati rappresentano lo strumento principale della ricerca clinica in oncologia ed è dimostrato che migliorano la qualità dell'assistenza. E' interesse delle Aziende e degli sperimentatori reclutare un elevato numero di pazienti e quindi includere i pazienti anche afferenti ai centri periferici. La ROP può svolgere questo ruolo di coordinamento. Tuttavia è necessario procedere ad una semplificazione delle procedure.

4 La Rete Regionale di Allergologia e l'Osservatorio per le Gravi Reazioni Allergiche

La Rete Regionale Ospedaliera di Allergologia (RRA) è stata istituita con la DGR n. 34/01.03.00 "*Sviluppo della rete regionale ospedaliera di Allergologia ed istituzione dell'Osservatorio Regionale per le gravi reazioni*

allergiche” che ha adottato il modello organizzativo di “Rete” con specifiche funzioni di diagnosi, trattamento, educazione, prevenzione, coordinamento e monitoraggio delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

La stessa delibera ha istituito l’”Osservatorio Regionale per le gravi reazioni allergiche, cui è stata affidata la gestione extra ospedaliera delle forme più gravi di allergia.

E’ in corso il completamento del collegamento tra il 118 ed il data base dell’Osservatorio, finalizzato ad una gestione puntuale ed efficace dell’emergenza allergologica.

La Rete Ospedaliera di Allergologia (RRA), con l’Osservatorio Regionale per le Gravi Reazioni Allergiche, è oggi una realtà diffusa in tutto il territorio piemontese e fornisce agli utenti una serie di prestazioni clinico assistenziali di base e complesse.

La “mission” della RRA è di garantire:

- modalità di approccio integrato alla patologia allergica e la qualità verificabile delle prestazioni con risposte omogenee su tutto il territorio
- la migliore continuità assistenziale e l’equità di accesso alle cure.

Gli obiettivi della RRA sono orientati ad affrontare le esigenze di salute specifica dei soggetti allergici, che rappresentano ormai il 25-30% della popolazione generale.

L’Organizzazione attuale

La nuova organizzazione si configura come un “*network*” integrato con valenze “intra-aziendali” ed “inter-aziendali”, che preconizza una forte connotazione di efficienza ed efficacia oltre ad una migliore distribuzione delle risorse. L’attività clinica di allergologia, ancorché rivolta al territorio, è necessariamente collegata a strutture ospedaliere sede di DEA per la gestione delle patologie più gravi e l’esecuzione di accertamenti diagnostici di particolare rischio e complessità.

L’organizzazione complessiva è suddivisibile in:

Livello 1 Intra-Aziendale – Medico di riferimento Aziendale

Livello 2 Inter-aziendale - Coordinamento di Area Funzionale Sovrazonale.

Livello 3 - Coordinamento Regionale.

Livello 4 - Tavolo di Lavoro Regionale.