***Regione Campania***
***Il Commissario ad Acta per l'attuazione***
***del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano***
***(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)***

**DECRETO N. 63 DEL 29/07/2019**

**OGGETTO**: Approvazione rete regionale emergenza stroke.

(Delibera del Consiglio dei Ministri 10/07/2017 *punto i "completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70 ed in coerenza con le indicazioni dei tavoli tecnici di monitoraggio*")

**VISTA** la legge 30 dicembre 2004 , n. 311 recante " Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio;

**VISTA** l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

**VISTA** la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 *" Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004";*

**VISTA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 con il quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

**VISTA** la Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, con la quale sono stati nominati quale Commissario ad Acta il dott. Joseph Polimeni e quale Sub Commissario ad acta il Dott. Claudio D'Amario;

**VISTA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10/07/2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo del SSR Campano, secondo i programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e *ss.mm.ii*.;

**VISTA** la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10/07/2017, che:

*a)* assegna *"al Commissario ad acta l'incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente*";
*b)* individua, nell'ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come acta ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto i *"completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70 ed in coerenza con le indicazioni dei tavoli tecnici di monitoraggio";*

**RICHIAMATA** la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, " *nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali, emanando provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro*";

**PREMESSO**

a. che le Reti per l'Emergenza-Urgenza sono dedicate al trattamento di patologie complesse per le quali appropriatezza e tempestività delle cure da erogare sono requisiti fondamentali ai fini dell'efficacia delle stesse;

b. che con DCA 103 del 28.12.2018 è stato approvato il "Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015 – Aggiornamento di dicembre 2018" nel quale le reti assistenziali per l'emergenza – urgenza sono programmate secondo il modello hub e spoke;

**CONSIDERATA** la necessità di procedere alla adozione di un più dettagliato piano di indirizzo per la gestione del paziente affetto da ictus che tenga conto anche della necessità del raccordo tra ospedale e territorio per una più tempestiva e efficace erogazione delle cure;

**VISTO** il documento Allegato 1 "Piano della rete stroke per l'emergenza" che individua le condizioni e le modalità per l'organizzazione della rete per il trattamento dell'ictus;

**RITENUTO** di dover approvare il "Piano della rete stroke per l'emergenza" ed i sub allegati di seguito elencati:

sub allegato 1 “Manuale operativo”
sub allegato 2 “bacini di utenza”
sub allegato 3 “indicatori”
sub allegato 4 “ record traccianti per la performance della rete stroke”

Alla stregua della istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

**DECRETA**

per tutto quanto espresso in premessa che qui si intende integralmente riportato:

1) di **APPROVARE** il documento Allegato 1 “Piano della rete stroke per l’emergenza” che individua le condizioni e le modalità per l’organizzazione della rete per il trattamento dell’ictus nonché i seguenti sub allegati:

sub allegato 1 “Manuale operativo”
sub allegato 2 “bacini di utenza”
sub allegato 3 “indicatori”
sub allegato 4 “ record traccianti per la performance della rete stroke”
che formano parte integrante e sostanziale del presente atto;

2) di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, con riserva di adeguarsi alle eventuali osservazioni degli stessi;

3) di **TRASMETTERE** il presente provvedimento al Gabinetto del Presidente della Giunta regionale, all’Assessore regionale al Bilancio e al finanziamento del servizio sanitario regionale in raccordo con il Commissario ad acta per il piano di rientro dal disavanzo sanitario, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R., a tutte le Aziende Sanitarie e al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

*Il Direttore Generale*
*per la Tutela della Salute*
*Avv. Antonio Postiglione* DE LUCA

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA n. 54 del 16 Settembre 2019 PARTE I Atti della Regione

# PIANO DELLA RETE ICTUS PER L'EMERGENZA (*Rete STROKE*)

## 1. ASPETTI PROGRAMMATORI E DI INDIRIZZO

Il DM 70/2015, riferimento nazionale per la definizione degli standard ospedalieri, ha, tra l'altro, identificato gli elementi fondanti delle Reti clinico-assistenziali, che hanno lo scopo di promuovere integrazioni tra componenti ospedaliere e territoriali per l'attuazione della continuità dell'assistenza attraverso forme di cooperazione che, superando le tradizionali barriere istituzionali e facilitando gli scambi, puntino ad assicurare alla popolazione un'assistenza garante del soddisfacimento dei LEA, livellando le disomogeneità.

In funzione di ciò il livello programmatorio della Regione Campania, in stretto raccordo con quello organizzativo gestionale, devono garantire azioni di riorganizzazione di elevata flessibilità, adattabili ai diversi contesti sanitari, fino al raggiungimento di una riorganizzazione in "Rete". In tale ambito, le Reti per l'Emergenza-Urgenza, dedicate al trattamento di patologie complesse per le quali appropriatezza e tempestività delle cure da erogare sono requisiti fondamentali ai fini dell'efficacia, costituiscono un ambizioso banco di prova sul piano della riorganizzazione, tanto più ove si consideri che richiedono una piena integrazione professionale multidisciplinare.

Con la decretazione della Rete per l'Infarto (DCA 64 del 16/07/2018) la Regione Campania ha inteso iniziare a colmare un ritardo in materia di trattamento delle patologie tempo-dipendenti. Nell'occasione è stato particolarmente curato lo schema del modello unico su scala regionale, a partire dal sistema di teletrasmissione e dall'impegno a raccogliere i dati indispensabili. Pertanto tale documento ha assunto più le connotazioni del "Piano" che non quelle del mero adempimento normativo, lungo l'impegnativo percorso del rilancio della Sanità Campana.

Il presente Atto individua le condizioni e le modalità per l'organizzazione della Rete per il trattamento dell'Ictus (di qui *Rete STROKE*).

Partendo da parametri standard quali bacini d'utenza, volumi di attività ed esiti delle cure, la riprogrammazione assegna nuovi ruoli specifici e modalità di integrazione secondo il modello dipartimentale e di intensità delle cure. Tale modello implica relazioni stabili, non di natura gerarchica ma di interdipendenza, tra i diversi nodi (intesi come punti di accesso) della Rete, ciascuno dei quali caratterizzato da autonomia decisionale e obiettivi istituzionali specifici e legati fra loro da relazioni e connessioni continue. La riorganizzazione rappresenta un'occasione per il potenziamento delle dotazioni organiche e l'ammodernamento del parco tecnologico. I servizi territoriali di soccorso dovranno esser riorganizzati con lo scopo di trasferire il paziente all'Ospedale più idoneo alle sue esigenze.

Nell'individuare i relativi assetti organizzativi e percorsi diagnostico-terapeutici, i meccanismi operativi, le tempistiche e la raccolta delle informazioni specifiche della *Rete* STROKE la Regione Campania, pur nella sua autonomia istituzionale, conferma la scelta dell'omogeneità con i modelli nazionali, adottando il presente Piano di Rete, conforme alle "Linee Guida per la revisione delle reti clinico-assistenziali" così come definite dal Tavolo Tecnico istituito ai sensi del DM 70/2015. La divulgazione è affidata ai necessari complementi della formazione, dell'aggiornamento professionale e di audit finalizzati al miglioramento continuo.



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA n. 54 del 16 Settembre 2019 PARTE I Atti della Regione

## 2. RAZIONALE PER UNA RETE CLINICO-ASSISTENZIALE PER LA CURA DELLO STROKE

Per Stroke o Ictus si intende uno stato non specifico di danno cerebrale. Nell'80-90% dei casi esso è dovuto alla perdita acuta di circolo in un'area del cervello, tipicamente un territorio vascolare, che esita nella perdita della corrispondente funzione neurologica.

Gli Ictus Ischemici Acuti (IIA) sono causati da eventi trombotici od embolici. Le trombosi in situ si avverano più spesso in super-imposizione a lesioni aterosclerotiche carotidee o prossimali delle grandi arterie cerebrali (11-15% degli IIA) ed interessano aree più o meno estese; gli Strokes "lacunari" (relativi ai piccoli vasi profondamente penetranti, 15% dei casi) sono generalmente associati ad aree di "ischemia focale". Gli emboli cardiogeni (isolati o multipli) sono la causa comune di eventi ricorrenti, determinando fino al 20% degli IIA, si associano a complicanze emorragiche relative più frequenti e causano una mortalità ad 1 anno più elevata. La progressione più o meno rapida del danno neurologico è influenzata dall'assenza o presenza di circoli collaterali diretti all'area ischemica.

Abitualmente gli IIA con danno più esteso (5-10%) evolvono spontaneamente, il più spesso nel corso della prima settimana dall'esordio, verso l'infarcimento emorragico dell'area cerebrale interessata. Ciò avviene in conseguenza al danno da riperfusione all'atto della ricanalizzazione del vaso occluso, o deriva da circoli collaterali all'area infartuale.

Le emorragie cerebrali variano per entità, in un continuum che va da piccole aree petecchiali (di gran lunga le più comuni), fino alla formazione di ematomi, che possono arrivare a richiedere il ricorso ad interventi chirurgici per la decompressione cerebrale. Invece, l'emorragia subaracnoidea (ESA) è più frequente nel sesso femminile e si deve a rottura di aneurismi o malformazioni artero-venose (MAV), essendo responsabile del 5% circa di tutti gli Stroke.

Uno Stroke va sospettato in ogni paziente che manifesti un deficit neurologico acuto o qualsivoglia alterazione dello stato di coscienza. Segni e sintomi comuni, spesso in combinazione, spaziano dalla comparsa improvvisa di una paresi (generalmente un'emiparesi), a deficit emi-sensoriali, deficit del campo visivo (mono- o bi-oculare), diplopia, deficit del linguaggio (disartria, fino all'afasia), vertigini, nistagmo, atassia. Sulla sola scorta del dato clinico non è possibile distinguere con certezza Stroke ischemici da emorragici, per quanto cefalea e nausea, vomito e torpore siano più comuni in questi ultimi.

Il riferimento operativo più recente relativo alla fase pre-ospedaliera è costituito da un Documento di Consenso Europeo del 2018 che, data la paucità di Studi randomizzati disponibili, si esprime attraverso una serie di raccomandazioni più o meno forti, a seconda delle evidenze disponibili. Riguardo all'allerta sociale al problema, il Documento indica la necessità di allestire campagne educazionali, a partire dalle scuole, che sottolineino l'importanza di attivare direttamente l'Emergenza territoriale appena si sospetti uno Stroke.

Il Piano sollecita tutti gli operatori del Sistema Regionale per l'Emergenza a collaborare allo sviluppo di protocolli volti a massimizzare il triage e la cura di tutti i pazienti con sospetto ictus. Il riconoscimento di uno Stroke nella fase di primo soccorso si basa sul vaglio dei sintomi e su sistemi di valutazione a punteggio necessariamente semplici, nessuno dei quali, pur se abbastanza sensibili, si è dimostrato definitivamente specifico. Il CPSS (Cincinnati Prehospital Stroke Scale), diffusamente adottato in ambito di servizi 118 – Pronto Soccorso, valuta la normalità/ anormalità di mimica facciale, movimenti delle braccia e linguaggio. Se in caso di "normalità" l'ictus non può essere definitivamente escluso, il riscontro di anche uno solo di questi sintomi lo individua fino al 75% dei casi. Ai fini del triage, l'altra valutazione rilevante da parte del personale medico ed infermieristico è la definizione dello stato di coscienza, consapevoli che in questa fase esso può andare incontro a repentini cambiamenti. Allo scopo, la scala di



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA n. 54 del 16 Settembre 2019 PARTE I Atti della Regione

indagine maggiormente adottata è la GCS (Glasgow Coma Scale), basata sulla valutazione della risposta a tre tipi di stimoli (oculare, verbale e motorio) e sinteticamente espressa dalla somma delle singole valutazioni: il massimo punteggio di 15 esprime normalità e quello minimo di 3 è indicativo di un profondo stato di incoscienza.

La terapia dell'IIA è volta a ristabilire, preferibilmente entro 3 ore dalla comparsa, la rivascolarizzazione delle aree ischemiche rimaste metabolicamente attive e vitali. Allorché la TAC abbia escluso un evento emorragico, la Trombolisi (TL) entro 4,5 ore dall'esordio, mediante somministrazione i.v. dell'attivatore tissutale del plasminogeno - alteplase o t-PA, è la terapia di riperfusione ad oggi più praticata, avendo dimostrato di migliorare la storia naturale dell'IIA. Se eseguita entro i primi 60' essa è in grado di ridurre anche le complicanze emorragiche; viceversa, la sua efficacia diminuisce progressivamente se praticata oltre le 3 ore dall'esordio. Nonostante le prove di efficacia, si è ancora lontani dal suo utilizzo ottimale, a causa principalmente della presentazione tardiva dei pazienti, ma anche per ritardi intra-ospedalieri. Secondo gli attuali criteri di esclusione (radiologici e/o di laboratorio, per lo più legati al rischio emorragico) si stima in Italia che all'incirca il 15% dei pazienti (12.000 su 80.000) sarebbe candidabile al trattamento (Rapporto 2018 dell'Osservatorio Ictus Italia).

Poiché un trattamento riperfusivo (farmacologico o meccanico), qualora erogato precocemente migliora i risultati clinici a lungo termine riducendo i costi per il sistema sanitario, è fondamentale predisporne ed ottimizzarne il percorso terapeutico.

La *Rete* STROKE è concepita allo scopo di facilitare l'accesso di ogni paziente verso il più vicino Ospedale attrezzato ("ready") per la cura dello Stroke, nell'ambito del bacino d'utenza nel quale il soccorso avviene, nel minor tempo possibile dall'esordio della patologia. Il presente documento costituisce il riferimento per un percorso omogeneo, se non uniforme, superando eventuali precedenti logiche locali, a cominciare dalla prassi del trasporto del paziente con sospetto di Stroke al PS dell'Ospedale più vicino.

La mancanza di una rete di emergenza Stroke costruita secondo il modello HUB e Spoke è la prima causa per la quale meno pazienti ricevono un trattamento riperfusivo. Data l'ampia variabilità riscontrata nella pratica clinica corrente, scopo di questo Piano è già solo quello di incrementare il numero delle TL, la cui rapida erogazione è più probabile qualora il paziente, ai primi segni di ictus in atto, allerti il sistema dell'Emergenza Territoriale per il trasporto diretto ad una SU.

## 2.1 EPIDEMIOLOGIA DI CONTESTO

L'ictus cerebrale è una patologia grave e disabilitante che, nel nostro Paese, rappresenta la terza causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie. Circa 150.000 italiani ne vengono colpiti ogni anno e la metà dei superstiti rimane con problemi di disabilità anche grave. In Italia, le persone sopravvissute con esiti più o meno invalidanti sono oggi circa 800.000, ma il fenomeno è in crescita sia perché si registra un invecchiamento progressivo della popolazione, sia perché tra i giovani è in aumento l'abuso di alcool e droghe. Il costo totale dell'ictus in Europa è stato stimato nel 2015 in 45 miliardi di euro, includendo sia i costi derivanti dall'assistenza sanitaria sia quelli indiretti a carico delle famiglie e delle società intera, ed è destinato ad aumentare (Fonte European Stroke Organization - ESO, Piano di Azione per l'Ictus in Europa 2018-2030).

Dall'analisi dei dati relativi ai ricoveri Ospedalieri per ictus cerebrale (ischemico o emorragico), in Campania, nel 2018, si registra un tasso di ospedalizzazione pari a 1.138 per milione di abitanti, in riduzione rispetto ai 1.233 del 2013; in particolare si rileva una diminuzione degli Ictus Ischemici del 25% e per contro un aumento di quelli emorragici del 63%.



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA n. 54 del 16 Settembre 2019 PARTE I Atti della Regione

Nella tabella che segue vengono riportati i dati riferiti ai soli residenti della Regione Campania (divisi per Provincia di residenza).

Tabella 1 - Ricoveri in acuto per Provincia di residenza in tutte le Strutture Sanitarie della Regione Campania - Anno 2018*

| Territorio | ICTUS totali | | Ischemici | | Emorragia cerebrale | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ricoveri | indice di ospedalizzazione** | ricoveri | indice di ospedalizzazione** | ricoveri | indice di ospedalizzazione** |
| Avellino | 690,0 | 1.622 | 513,0 | 1.206 | 177,0 | 416 |
| Benevento | 355,0 | 1.265 | 237,0 | 844 | 118,0 | 420 |
| Caserta | 913,0 | 988 | 622,0 | 673 | 291,0 | 315 |
| Napoli | 3.134,0 | 1.006 | 1.984,0 | 637 | 1.150,0 | 369 |
| Salerno | 1.569,0 | 1.418 | 1.057,0 | 955 | 512,0 | 463 |
| **Regione Campania** | **6.661,0** | **1.138** | **4.413,0** | **754** | **2.248,0** | **384** |
| * Fonte dati SDO | | | | | | |
| ** dato per Milione di abitanti | | | | | | |

Nella tabella successiva viene indicata la relativa attività di ricovero di tutte le Strutture regionali, dettagliata per Provincia di appartenenza della Struttura.

Tabella 2 - Attività di ricovero dei Presidi Ospedalieri per Provincia di competenza - Anno 2018*

| Territorio | IIA | | Emorragia cerebrale | |
|---|---|---|---|---|
| | ricoveri | % su fabbisogno residenti | ricoveri | % su fabbisogno residenti |
| Avellino | 508,0 | 0,99 | 132,0 | 0,75 |
| Benevento | 264,0 | 1,11 | 155,0 | 1,31 |
| Caserta | 667,0 | 1,07 | 271,0 | 0,93 |
| Napoli | 1.843,0 | 0,93 | 1.146,0 | 1,00 |
| Salerno | 1.171,0 | 1,11 | 584,0 | 1,14 |
| **Regione Campania** | **4.453,0** | **1,01** | **2.288,0** | **1,02** |
| * Fonte dati SDO | | | | |



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA n. 54 del 16 Settembre 2019 PARTE I Atti della Regione

# 3. MODELLO ORGANIZZATIVO VIGENTE IN REGIONE CAMPANIA

## 3.1 PIANO DI RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE – ASL E DISTRETTI SANITARI

La Regione Campania è la 12a regione italiana per superficie, con un territorio che si estende per 13.670,95 km$^2$, per il 50,8% collinare, per il 34,6% montuoso e per il restante 14,6% pianeggiante.
La popolazione totale residente è pari a 5.850.850 abitanti (dato Istat all'01/01/2016), ripartita in 550 comuni, a densità media di 428 abitanti per km$^2$ (media italiana: 200,84 ab./km$^2$), valori che portano la Campania ad essere la terza regione d'Italia per numero di abitanti e la prima per densità. Risultano particolarmente popolose le zone dell'area metropolitana di Napoli e quelle costiere.

Tabella 3 - Popolazione residente ripartita per Provincia

| Provincia | N. Comuni | Estensione territoriale (Km$^2$) | Popolazione (N. Abitanti) | Densità abitativa (N. ab/Km2) |
|---|---|---|---|---|
| Avellino | 118 | 2.806,07 | 425.325 | 151,57 |
| Benevento | 78 | 2.080,44 | 280.707 | 134,93 |
| Caserta | 104 | 2.651,35 | 924.414 | 348,66 |
| Napoli | 92 | 1.178,35 | 3.113.898 | 2642,59 |
| Salerno | 158 | 4.954,10 | 1.106.506 | 223,35 |
| ***Totale*** | ***550*** | ***13.670,31*** | ***5.850.850*** | ***428*** |

Fonte: tuttitalia.it

Al fine di garantire il rispetto degli obblighi di contenimento della spesa e di razionalizzazione e riqualificazione del SSR previsti nel Piano di rientro, il DCA 99/2016 ha adottato misure di razionalizzazione degli Ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), definendo quattro ASL coincidenti con le province di Avellino, Benevento, Caserta e Salerno e tre ASL per l'area metropolitana e la provincia di Napoli. I Distretti sanitari (DS) delle nuove ASL sono stati ridotti a 73. Per il dettaglio circa la composizione dei DS per ciascuna ASL si rimanda alle schede sinottiche contenute nel DCA.
Ogni Distretto copre, di norma, un bacino d'utenza minimo di 60.000 abitanti, con deroga per motivi di densità abitativa o di vincoli oro-geografici che riguarda 18 Distretti.

## 3.2 PIANO REGIONALE DI RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA (DCA 103 del 20/12/2018 - PRO Aggiornamento – *Rete* STROKE).

Il Documento fissa, anche nell'intento di saturare precedenti ritardi, obiettivi terapeutici distinti per l'Ictus Ischemico ed Emorragico, e segnatamente:

- Trattare chirurgicamente o per via endovascolare il 30% dei casi di emorragia cerebrale (incluso ESA)
- Effettuare trombolisi nel 10% dei casi di IIA
- Assicurare adeguata assistenza in ambiente idoneo a tutti i casi di IIA e TIA

Diversamente dall'obiettivo fissato dal PRO, il presente Piano si propone di adottare il trattamento trombolitico nel 100% dei pazienti che non presentino specifiche controindicazioni, in linea con quanto previsto dal Piano Nazionale Esiti di AGENAS (PNE). Ciò, si stima, dovrebbe riguardare il 15% circa dei pazienti ricoverati per IIA.



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

Dai dati SDO 2018 il target relativo all'obiettivo terapeutico per le emorragie cerebrali è, di fatto, stato raggiunto, con una percentuale di pazienti trattati del 30,4%, seppure con notevoli differenze fra territori e fra Ospedali. In tale specifico senso, il dato è ulteriormente migliorabile.

Sugli obiettivi terapeutici per gli IIA, dagli stessi dati 2018 si rileva un incremento dei trattamenti rispetto a quelli del 2013, riportati nel PRO (5,5% vs 1%). Nel confermarsi, ancora una volta, una marcata differenza, territoriale, ma soprattutto tra Ospedali, è ben evidente la lontananza dal target regionale e da quello del PNE.

Circa la fase ospedaliera, in accordo a quanto indicato dalla ESO nel piano di azione 2018-2030 per l'Ictus, l'organizzazione dei servizi rientra tra gli obiettivi, mirando prioritariamente al trasporto primario del paziente acuto ad un Ospedale pronto all'erogazione immediata del trombolitico (bypassando altri ospedali eventualmente più vicini), al fine di ricoverare almeno il 90% dei pazienti colpiti da ictus in una Unità Neurovascolare o Stroke Unit (SU), quale primo livello di cura. In tal senso, diversamente dal modello descritto nel PRO, si ritiene di confermare l'identificazione, adottata dal DM 70/2015, dei nodi della Rete in: Stroke Unit di secondo livello (SU*2L*), centri di cura omnicomprensivi, e Stroke Unit di primo livello (SU*1L*), centri connessi ai precedenti, dotati di diagnostica avanzata, autorizzati alla cura trombolitica H24 (vedi successivo punto 4.2 – Bacini di utenza – Individuazione delle SU).

A questi centri di cura si devono funzionalmente collegare altri Ospedali con posti di degenza neurologici strutturati, definiti Spoke nella Tabella che segue, destinati a decongestionare le SU quando necessario, assicurando la continuità di ricovero in ambito neurologico prima della fase di riabilitazione.

| Macro Area | Stroke Unit II livello | Stroke Unit I livello | Spoke (Neurologie e P.L.) |
|---|---|---|---|
| AVELLINO | A.O. S.G. Moscati - Avellino | | P.O. S. Ottone Frangipane - Ariano Irpino |
| BENEVENTO | A.O. G. Rummo, P.O. San Pio - Benevento | | |
| CASERTA | A.O. Sant'Anna e San Sebastiano<br>A.O.U. Federico II (solo ESA) | | P.O. di Piedimonte Matese |
| | | P.O. S. G. Moscati - Aversa | P.O. di Marcianise |
| | | C.D.C. Pineta Grande - Castelvolturno | P.O. Sessa Aurunca |
| | | | AOU Vanvitelli |
| NAPOLI 1 CENTRO | A.O. A. Cardarelli | | P.O. San Paolo - Napoli |
| | P.O. Ospedale del Mare | P.O. San Giovanni Bosco - Napoli | |
| | A.O.U. Federico II | | |
| NAPOLI 2 NORD | A.O. A. Cardarelli | P.O. S.M.Delle Grazie - Pozzuoli<br>P.O. San Giovanni Bosco - Napoli | P.O. San Giuliano - Giugliano |
| | P.O. Ospedale del Mare | | |
| | A.O.U. Federico II | | |
| NAPOLI 3 SUD | P.O. Ospedale del Mare | P.O. San Leonardo - Castellamare di Stabia | P.O. di Boscotrecase |
| | | P.O. S. Maria della pietà . Nola | |
| SALERNO | A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Ar. | P.O. Umberto I - Nocera Inf. | P.O. di Sapri |
| | | P.O. S. Luca - Vallo della Lucania | P.O. Maria SS. Addolorata - Eboli |
| | | P.O. Luigi Curto - Polla | P.O. di Sarno |

Fanno parte della Rete le strutture Ospedaliere di Riabilitazione (cod.56) e lungo-degenza (cod. 60), che devono riservare posti dedicati all'accoglienza dopo la fase acuta.



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

Tabella 5 - Strutture di ricovero dopo fase acuta

| Macro Area | Unità di Riabilitazione (Cod 56) | PL | Unità Lungodegenza (Cod 60) | PL | Unità Neuroriabilitazione (Cod 75) | PL | TOTALE P.L. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AVELLINO BENEVENTO | A.O. Moscati - AV | 16 | A.O. Moscati - AV | 13 | P.O. Di S. Angelo dei Lombardi | 15 | 179 |
| | A.O. Rummo/ P.O. San Pio - BN | 34 | A.O. Rummo/ P.O. San Pio - BN | 36 | | | |
| | A.O. Rummo/ P.O. S. Agata dei Goti | 26 | A.O. Rummo/ P.O. S. Agata dei Goti | 24 | | | |
| | | | P.O. Ariano Irpino | 15 | | | |
| CASERTA | A.O. Sant'Anna e San Sebastiano | 22 | P.O. San Giuseppe e Melorio - S Maria C/V | 12 | A.O. Sant'Anna e San Sebastiano | 10 | 286 |
| | A.O.U. Vanvitelli - CE | 20 | P.O. Maddaloni | 10 | | | |
| | P.O. San Giuseppe e Melorio - S Maria C/V | 32 | P.O: San Felice a Cancello | 24 | | | |
| | P.O. Maddaloni | 32 | P.O. Moscati - Aversa | 20 | | | |
| | P.O: San Felice a Cancello | 32 | P.O. di Marcianise | 20 | | | |
| | P.O. di Piedimonte Matese | 16 | P.O. di Piedimonte Matese | 16 | | | |
| | P.O. San Rocco - Sessa Aurunca | 20 | | | | | |
| NAPOLI 1 CENTRO | A.O. A. Cardarelli | 42 | A.O. A. Cardarelli | 30 | P.O. Ospedale del Mare | 16 | 310 |
| | A..O Dei Colli | 66 | A..O Dei Colli | 27 | | | |
| | A.O.U. Federico II | 28 | P.O. S. Maria di Loreto | 28 | | | |
| | Fondazione Pascale | 10 | P.O. degli Incurabili | 18 | | | |
| | P.O. degli Incurabili | 20 | | | | | |
| | P.O. Ospedale del Mare | 25 | | | | | |
| NAPOLI 2 NORD | P.O. S.M.Delle Grazie - Pozzuoli | 37 | P.O. S.M.Delle Grazie - Pozzuoli | 30 | | | 139 |
| | P.O. S. Giovanni di Dio - Frattamaggiore | 26 | P.O. S. Giovanni di Dio - Frattamaggiore | 20 | | | |
| | P.O. Ischia | 26 | | | | | |
| NAPOLI 3 SUD | P.O. di Nola/Pollena | 25 | P.O. di Nola/Pollena | 32 | | | 215 |
| | P.O. di Gragnano | 32 | P.O. di Gragnano | 32 | | | |
| | P.O. Torre del Greco | 32 | P.O. Torre del Greco | 32 | | | |
| | P.O. di Sorrento | 30 | | | | | |
| SALERNO | A.O.U. Ruggi, P.O. Da Procida - SA | 56 | A.O.U. Ruggi, P.O. Da Procida - SA | 30 | | | 306 |
| | P.O. Umberto I - Nocera Inf. | 30 | A.O.U. Ruggi, P.O. Cava de' Tirreni | 25 | | | |
| | P.O. Oliveto Citra | 32 | P.O. Scafati | 32 | | | |
| | P.O. Roccadaspide | 20 | P.O. S. Luca - Vallo della Lucania | 16 | | | |
| | P.O. S. Luca - Vallo della Lucania | 20 | P.O. di Sapri | 20 | | | |
| | P.O. di Polla e Sant'Arsenio | 25 | | | | | |

Tutti i pazienti con possibile Stroke (secondo i criteri delle scale Glasgow e Cincinnati) che giungano impropriamente in Ospedali con Pronto Soccorso senza SU, devono essere immediatamente trasferiti con "Codice Ictus" verso la SU competente per il Bacino, senza procedere al ricovero (vedi successivo PDTA).

## 3.3 EMERGENZA/URGENZA (SISTEMA 118) - CENTRALI OPERATIVE E POSTAZIONI DEL SOCCORSO TERRITORIALE (DCA 103 del 20/12/2019 - PRO - Aggiornamento 2018)

Oltre che dalla componente ospedaliera, il Sistema Sanitario per l'emergenza–urgenza è costituito dalla componente territoriale, articolata in Centrale Operativa Territoriale (COT) del 118 e Attività Territoriali di Soccorso. I compiti tecnico-organizzativi di processo delle chiamate, l'identificazione del codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso e l'invio del mezzo più idoneo sono affidati alla COT; essa è responsabile della programmazione aziendale circa la distribuzione dei mezzi di soccorso sul territorio, i tempi di intervento e l'appropriatezza del trasporto dei pazienti eleggibili a trattamenti specialistici verso l'ospedale più adeguato all'interno della rete, nel rispetto dei PDTA. La programmazione regionale (alla quale si rimanda per il dettaglio) ha previsto 7 COT, una per ogni Ambito territoriale, e segnatamente: Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud, Caserta, Benevento, Avellino e Salerno. La stessa ha definito il fabbisogno di un mezzo di soccorso avanzato (MSA) ogni 60.000 abitanti, con la copertura di un territorio non superiore a 350 $Km^2$.
Per le comunità isolate o le località remote (da considerare un 35% di territorio montuoso e la presenza di 3 isole a grande impatto turistico) l'assistenza sanitaria intensiva per tempi di intervento molto rapidi viene garantita dall'elisoccorso, che poggia su 2 basi operative regionali HEMS (Cardarelli, Pontecagnano) e numerose elisuperfici occasionali.

L'attuale programmazione ha annullato la costituzione di una agenzia regionale unica per l'emergenza e ha disposto il trasferimento delle COT dalle sedi storiche delle Aziende Ospedaliere alle ASL, mettendole in rete con le strutture ospedaliere dell'emergenza urgenza (Pronto Soccorso, OBI e Medicina d'urgenza). È prevista l'attivazione di un coordinamento tecnico a sede centrale



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA n. 54 del 16 Settembre 2019 PARTE I Atti della Regione

regionale per il controllo del normale funzionamento dei sistemi informativi (NSIS), la realizzazione di percorsi territorio/ospedale per le patologie tempo dipendenti e l'applicazione di Linee-Guida diagnostico terapeutiche sui percorsi del paziente.

Il PRO rimanda alla Regione l'onere della riorganizzazione normativa in materia, con l'obiettivo di assicurare anche, nello specifico: "il raccordo funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, secondo il modello HUB e Spoke" e "l'ammodernamento tecnologico e dei servizi di telemedicina, per un miglioramento dell'efficacia del sistema e dell'appropriatezza dei setting assistenziali a bordo dei mezzi di soccorso".

## 4.PIANO DI RETE

Le citate, "Linee Guida per la revisione delle reti clinico-assistenziali" hanno guidato la progettazione di questo Piano ed Il presente Atto ne descrive in dettaglio gli aspetti programmatori e di indirizzo.

### 4.1 PDTA

E' stato chiaramente dimostrato che l'assistenza in unità sanitarie neurovascolari addestrate nella cura dello Stroke (SU) migliora gli esiti, in forza di un trattamento olistico. Il presente documento costituisce il protocollo per la gestione della *Rete* STROKE in Campania e descrive le condizioni che i sanitari dei diversi setting assistenziali interessati sono chiamati a rispettare, nell'ambito di una interazione coordinata, con la finalità di trasferire il maggior numero possibile di pazienti con Stroke direttamente ad un ospedale, dotato di SU.

"Time is brain". Le Linee Guida ISO-SPREAD suggeriscono l'attivazione convenzionale del "Codice Ictus" nei casi di identificazione mediante triage telefonico di sospetto ictus, ovvero assistenza diretta a pazienti di età > 18 anni con Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale (CPSS) positiva ed esordio dei sintomi entro le 4 ore precedenti, indipendentemente dalla loro gravità. Fondamentale è la determinazione del tempo di comparsa dei sintomi, ovvero dell'ultimo momento in cui il paziente si è sentito o è apparso "normale". In corso di trasporto "primario" versa la SU di riferimento viene indicato il semplice controllo dei parametri vitali, non disponendosi, già in questa fase, di sufficiente evidenza per la correzione di condizioni quali iperglicemia, ipertensione, iperpiressia. Ad oggi, il ricorso alla telemedicina (audio-visivi) durante il trasporto primario non sembra aggiungere efficacia e pertanto l'uso routinario di unità mobili per l'emergenza specialmente equipaggiate non viene raccomandato.

Nell'intento di "far presto" l'iter di cura si giova del continuum tra la fase pre-ospedaliera e quella ospedaliera; l'abbattimento dei tempi di accesso alle cure prevede la predisposizione anche di un percorso "fast track", che abbrevi al massimo il passaggio del paziente in Pronto Soccorso, specie se vi è già stata una valutazione da parte dei sanitari dell'Emergenza.

Ai fini della prima quantizzazione del danno, la scala NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale), pur con residui caveats confondenti circa la diagnosi differenziale con altri quadri che mimano uno Stroke, è uno strumento fondamentale ed ampiamente predittivo degli esiti, classificando uno Stroke quale "minimo" (ad alta probabilità di evoluzione clinica favorevole) se questo punteggio va da 0 a 4, "moderato" se da 5 a 15, "da moderato a severo" da 16 a 20 e "severo" da 21 a 42.

Preliminare alla determinazione della strategia riperfusiva è una quantizzazione del danno con imaging. Nei casi con punteggio NIHSS ≥ 5 è indicata l'esecuzione, entro 60' dall'arrivo del paziente,



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

di una TAC senza mezzo di contrasto, allo scopo di determinare l'estensione topografica del danno cerebrale. Per la sua valutazione quantitativa la ESO (European Stroke Organization) ha approvato l'uso dell'ASPECTS (Alberta Stroke Program Early CT Score), un sistema a punteggio, inizialmente adottato per il circolo della cerebrale media e successivamente esteso anche al circolo posteriore: da un punteggio iniziale di 10 viene sottratto 1 punto per ogni segmento cerebrale codificato che risulti compromesso. Un punteggio ASPECTS ≤ 7 si collega ad un risultato funzionale peggiore a 3 mesi e ad un'emorragia sintomatica. L'imaging avanzato, utilizzando anche software di facile reperibilità sul web per l'elaborazione delle immagini della TAC senza mezzo di contrasto, consente una misurazione preliminare interamente automatizzata ed abbastanza standardizzata del core ischemico, già in fase iperacuta. TAC e RMN integrate da tecniche di diffusione e perfusione offrono alcuni vantaggi nella selezione dei pazienti potenzialmente eleggibili per la terapia endovascolare.

Allorché la TAC abbia escluso un evento emorragico, la Trombolisi (TL) entro 4,5 ore dall'esordio, mediante somministrazione e.v. dell'attivatore tissutale del plasminogeno - alteplase o t-PA, è la terapia di riperfusione dell'IIA. Se eseguita entro i primi 60' essa è in grado di ridurre anche le complicanze emorragiche; viceversa, la sua efficacia diminuisce progressivamente se praticata oltre le 3 ore dall'esordio.

L'efficacia della TL può risultare notevolmente ridotta anche nei casi di occlusione di un grande vaso cerebrale (GVC), con danno più esteso. Poiché questa condizione sottende i casi a più elevata mortalità o ad esito maggiormente invalidante, sono stati approntati interventi di trombectomia meccanica (TM), consistenti nell'asportazione meccanica del trombo. Classicamente una TM dovrebbe essere eseguita immediatamente dopo la TL (quando praticabile), senza che l'erogazione di quest'ultima ne rallenti l'esecuzione; la pratica della TM, preferibilmente entro 3-4,5 ore e comunque entro 6 ore dall'esordio dell'IIA, ha la potenzialità di migliorare gli esiti funzionali.

La TM è indicata, in sostituzione della TL, nei casi di occlusione di un GVC del circolo anteriore entro 6 ore dall'esordio, anche in pazienti ultraottantenni; il tempo di intervento si estende fino a 12 ore nei casi di occlusione del circolo posteriore.

Nel maggio 2019 un "policy statement" dell'American Stroke Association (ASA), aggiornando le raccomandazioni in caso di paziente con sospetto ictus grave, invita a considerare la possibilità di allungare fino a 15' il tragitto del Trasporto Primario, se ciò consente di raggiungere un ospedale in grado di praticare la TM.

Qualora il paziente candidato ad una TM sia ricoverato presso una SU*1L*, ne è raccomandato il passaggio, previo teleconsulto, alla SU*2L* di riferimento per la Area. In questo caso va valutata l'opzione di praticare la TL in corso del trasferimento ("drip-and-ship").

I criteri di estensione del timing per l'esecuzione delle terapie riperfusive sono oggetto di studio ed in corso di significativa evoluzione.

Recenti Studi valutano l'estensione dei tempi della TL a 6 ore (ed anche oltre), nei casi con danno più esteso o qualora sia impossibile stabilire il tempo esatto di esordio della patologia, ad esempio perché intervenuta durante il sonno (cosiddetti "wake-up stroke", 14-27% dei casi). Per questi pazienti, come per quelli che accedono alla cura dopo 6-24 ore dall'esordio (solo una minoranza dei casi), è stato ultimamente dimostrata l'essenzialità di differenziare e quantizzare l'area del "core" ischemico (a danno irreversibile) dalla "penumbra" (area dell'insulto ischemico potenzialmente reversibile), attraverso metodiche di neuro-immagine avanzata. Circoli collaterali ben sviluppati, infatti, possono preservare più a lungo la reversibilità della penumbra ischemica, laddove la loro



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

carenza promuove una più rapida evoluzione verso la necrosi. Il calcolo del mismatch è completamente automatico. Questo criterio di quantizzazione del danno affianca e supererebbe quello temporale nella selezione dei pazienti, per gli ospedali che dispongono della tecnologia necessaria. L'espansione della finestra temporale nei pazienti che soddisfano i criteri di imaging potrebbe aumentare il numero di pazienti che ricevono t-PA dall'attuale 10 - 15% a circa il 20% dei pazienti con ictus ischemico.

Soprattutto nei casi di esordio della patologia entro le 4,5 ore precedenti, si raccomanda il sistematico approfondimento critico dei criteri di ammissibilità al trattamento trombolitico, da effettuarsi caso per caso "con buon senso clinico" e da condividere con i pazienti ed i loro parenti.

Riguardo alla TM, ancora in questo 2019 la ESO ha rinnovato le sue raccomandazioni. È stata, di recente, riportata la possibilità di estenderne le indicazioni a 6-24 ore dall'esordio, in pazienti selezionati. L'estensione da 6 a 17 ore dall'esordio è stata applicata a casi con ASPECT Score > 6, in cui sia stata dimostrata la presenza di un circolo collaterale da buono ad ottimo; ne viene attualmente favorita (preferibilmente ancora in ambito di Trial) l'esecuzione in un "Comprehensive Stroke Center". Apparecchiature di nuova generazione consentono di eseguire studi TAC/TAC-Angio direttamente con l'Angiografo, creando un ambiente in cui il Neuroradiologo possa eseguire TAC, Angiografia diagnostica e l'eventuale trattamento endovascolare senza necessità di trasferire il paziente, guadagnando così tempo prezioso. L'obiettivo è raggiungere la completa riperfusione angiografica (Grado 3 TICI) del vaso trattato. L'evoluzione in corso riguarda anche i dispositivi cosiddetti stent retriver per la rimozione del trombo, che sembrerebbero preferibili rispetto alla sola trombo-aspirazione.

Durante le 24 ore successive ad un trattamento deve essere assicurato l'accurato monitoraggio dello stato neurologico e della pressione arteriosa. La SU provvede ad attivare il percorso riabilitativo il più precocemente possibile, secondo indicatori di processo riabilitativo e di esito, raccordandosi con il territorio e con una o più strutture riabilitative. Già in corso di degenza nella SU va avviata la prevenzione terziaria.

Per quanto riguarda l'ESA da rottura di aneurisma, il trattamento (chirurgico o endovascolare) deve essere effettuato il prima possibile, e comunque non oltre le 72 ore, per evitare che insorga vasospasmo (che renderebbe il trattamento più rischioso) e per ridurre i rischi di ri-sanguinamento, più alti nelle prime ore. Il trasferimento presso la SU*2L*, se necessario, va dunque effettuato appena possibile.

Ogni SU ha la responsabilità di effettuare un Follow Up telefonico al paziente, a tre mesi dalla dimissione, per la valutazione della disabilità determinatasi, utilizzando la classificazione "modified Rankin Scale" (mRS).

I dettagli nell'applicazione del presente PDTA, sono riportati sul Manuale Operativo, approntato allo scopo di uniformare questi percorsi (Sub-ALLEGATO 1). Le SU che abbiano deliberato un proprio PDTA, da comunicare al Coordinamento di Rete, possono agire in continuità se esso soddisfa il raggiungimento degli obiettivi terapeutici già riportati al Punto 3.2 e nella Premessa del Manuale Operativo.



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA n. 54 del 16 Settembre 2019 PARTE I Atti della Regione

## 4.2 BACINI D'UTENZA - INDIVIDUAZIONE DELLE SU

Il più volte citato DM 70/2015 ha dettagliato l'assetto ideale delle SU di I e II Livello secondo requisiti specifici.

Le **SU*1L*** si caratterizzano per la presenza minima di:
- competenze multidisciplinari (compreso personale specializzato per l'erogazione di procedure neursonologiche di eco-colorDoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi intracranici e di procedure ecocardiografiche, incluse o esistenti nel contesto della struttura)
- almeno un neurologo dedicato per turno lavorativo e personale infermieristico esperto
- possibilità di monitoraggio di almeno un posto letto
- riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale)
- terapia fibrinolitica endovenosa h24/7
- pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico tele-diagnostico)
- disponibilità h24 di TC cerebrale e/o Angio-TC con apparecchio volumetrico multistrati ad almeno 16 strati e/o RM encefalo, RM DWI, Angio-RM
- collegamento operativo con le SU*2L* per invio immagini e consultazione (telemedicina)
- collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito) con il territorio e con una o più strutture riabilitative.

Oltre a quanto previsto per le SU*1L*, le **SU*2L*** devono garantire i seguenti standard:
- unità di norma a conduzione neurologica
- personale dedicato h24/7
- neuroradiologia h24/7 con: TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale; apparecchio da 1,5 Tesla per RM, RM-DWI, RM-PWI e angio-RM con pacchetto per rapida effettuazione
- sala di interventistica endovascolare con Angiografo digitale (h24/7 o reperibilità)
- neurochirurgia (h24/7 o reperibilità)
- chirurgia vascolare (24/7 o reperibilità)
- trombectomia meccanica (urgenza), stenting extra ed intracranico
- embolizzazione di malformazioni AV, aneurismi (urgenza ed elezione)
- endoarterectomia (urgenza)
- craniotomia decompressiva
- clipping degli aneurismi

L'adeguata programmazione della dotazione organica, propedeutica alla effettiva implementazione della Rete, è stata definita a livello regionale con l'emanazione di specifici decreti ai quali si rimanda, e ciò vale anche per quanto attiene l'adeguamento della dotazione strumentale.

Dal momento che accorciare il tempo di trasporto del paziente è un fattore fondamentale, l'individuazione della SU deve anche rispondere al criterio della competitività temporale, attraverso la sua "centralità" nei vari territori.

La programmazione della *Rete* STROKE è l'occasione per fornire opportune soluzioni per il riequilibrio territoriale delle zone più svantaggiate, attraverso una riconfigurazione tesa a soddisfare, nella offerta territoriale, la domanda corrispondente. I Bacini di competenza sono stati disegnati sui Distretti Sanitari così come definiti dal DM 99/2016 che, salvo rare eccezioni, diventano Unità territoriali di base.

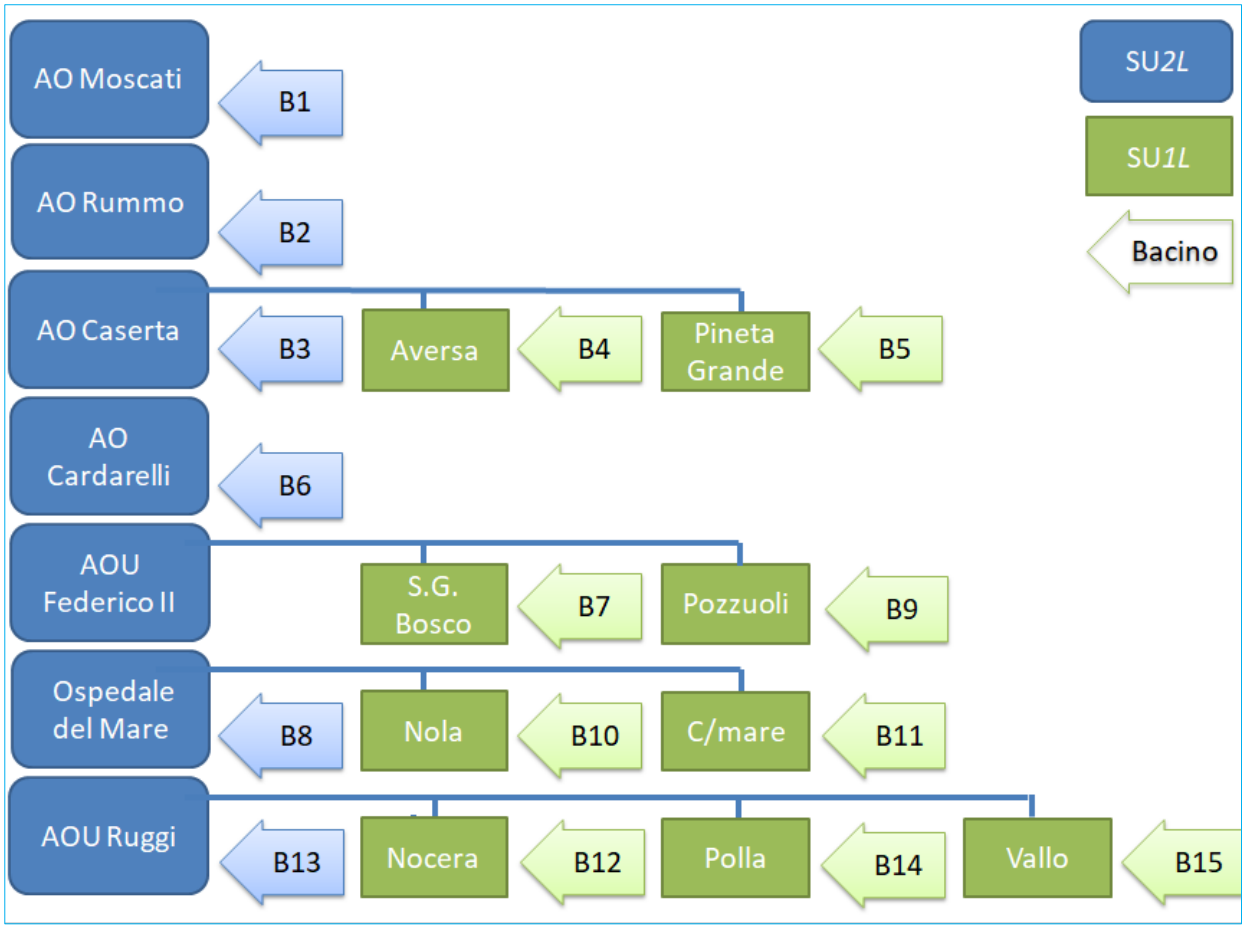


fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

Circa la selezione ed il numero delle SU necessario alla copertura ottimale del territorio, si è partiti da una realtà storica e dalle indicazioni preliminari contenute nel PRO vigente.

La Tabella che segue schematizza le Aree di competenza "a regime" delle 7 SU*2L* (di regola DEA di II Livello) comprensive dei bacini di riferimento diretto e le 9 SU*1L* (DEA di I Livello) ad esse collegate, con i relativi bacini. I dettagli sono riportati nel Sub ALLEGATO 2 al presente Piano di Rete ed al Portale di cui al punto 5.



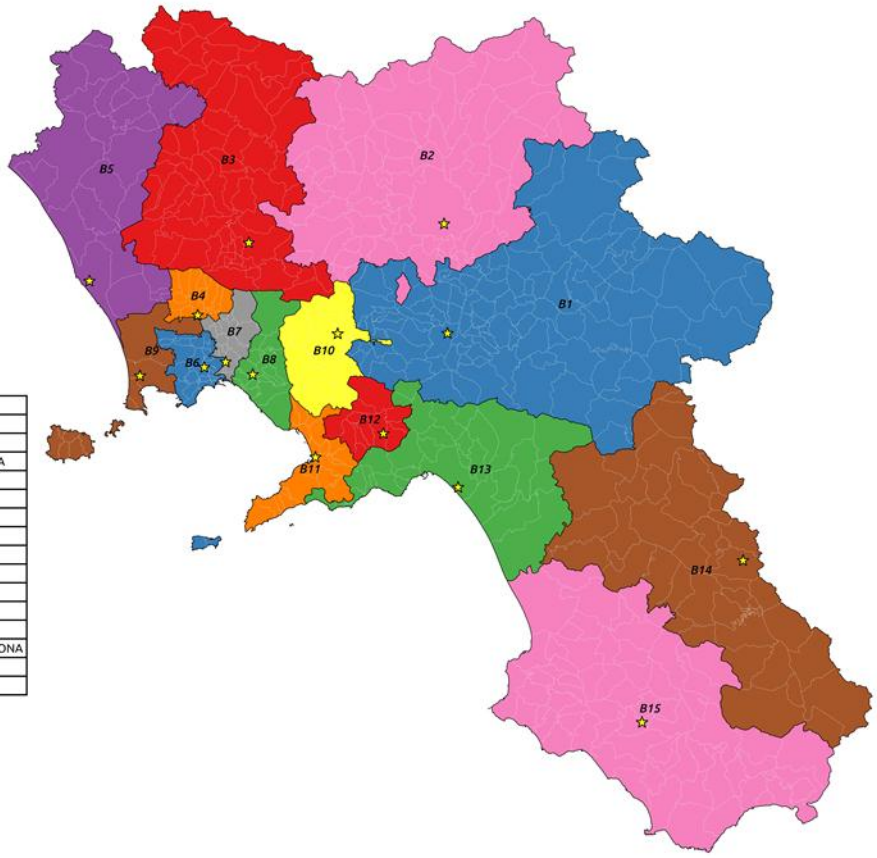

Di regola è stato assegnato un bacino d'utenza mediamente più numeroso alle SU*2L*.



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA n. 54 del 16 Settembre 2019 PARTE I Atti della Regione

Nella Mappa a seguire sono evidenziati i 15 Bacini individuati e la posizione delle SU di riferimento.




| bacino | stroke unit |
|---|---|
| B1 | AO MOSCATI |
| B2 | AO RUMMO |
| B3 | AO SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO CASERTA |
| B4 | PO AVERSA |
| B5 | CDC PINETA GRANDE |
| B6 | AO CARDARELLI |
| B7 | PO SAN GIOVANNI BOSCO |
| B8 | PO OSPEDALE DEL MARE |
| B9 | PO POZZUOLI |
| B10 | OSPEDALI RIUNITI AREA NOLANA |
| B11 | OSPEDALI RIUNITI AREA STABIESE |
| B12 | P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE |
| B13 | AOU SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA |
| B14 | PO POLLA |
| B15 | PO VALLO DELLA LUCANIA |

Gli Ospedali San Giovanni Bosco di Napoli e S. Maria delle Grazie di Pozzuoli, seppure SU*1L*, dispongono di strutturazione e competenze per svolgere attività interventistiche di livello superiore; l'A.O.U. Federico II interviene in Rete quale supporto ad essi con funzioni di SU*2L*, e non le viene assegnato alcun bacino diretto in quanto non dotata di PS. Inoltre esercita funzione di supporto per il trattamento degli Ictus Emorragici a tutte le SU della Provincia di Caserta, per il tempo necessario all'autonomia operativa dell'A.O. S. Anna e S. Sebastiano di Caserta.

Rispetto a tale assetto definitivo, "in prima applicazione" si adottano le seguenti varianti:

- la popolazione residente nel bacino B11 (zona a sud-ovest del Vesuvio - 400.000 residenti circa) viene ripartita tra le SU dei Bacini confinanti: Ospedale del Mare e P.O. Umberto I di Nocera Inferiore (SA), nelle more dell'attivazione della seconda SU della Macroarea Napoli 3 Sud, che nel vigente PRO è programmata nel DEA di I Livello San Leonardo di Castellammare di Stabia;

- la popolazione residente nel bacino B4 (area Aversana – circa 250.000 residenti) viene ripartita tra le SU dei Bacini confinanti: A.O. S. Anna e S. Sebastiano di Caserta e la Clinica Pineta Grande di Castelvolturno, nelle more dell'attivazione della seconda SU della Macroarea di Caserta, che nel vigente PRO è programmata nel DEA di I Livello San Giuseppe Moscati di Aversa.

La Clinica Pineta Grande di Castelvolturno è l'unica struttura del settore privato accreditato inserita tra le SU*1L*. Essa è stata individuata basandosi sulla attività storica di neurochirurgia, nella necessità



fonte: http://burc.regione.campania.it

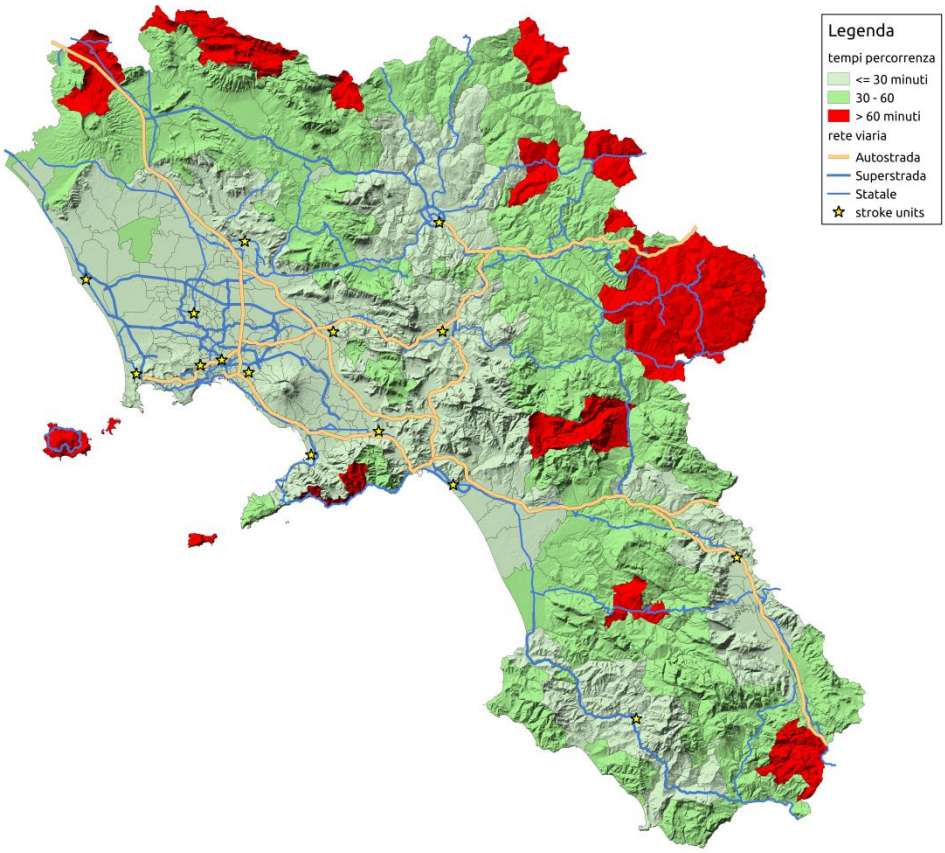
BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

di decongestionare la rispettiva SU*2L*, e dovrà garantire l'attività attraverso servizi di accettazione H24/365 ed operare, in generale, secondo lo specifico PDTA. Il bacino d'utenza attribuitole è numericamente ridotto dovendosi ordinariamente completare il ricovero di fase acuta nella stessa Struttura. L'eventuale utilizzo dei Centri Spoke che ricadono nella Macroarea di appartenenza potrà essere regolato da apposite Convenzioni stipulate con l'ASL di riferimento.

La disponibilità degli 11 Ospedali Spoke individuati, al netto della loro collocazione geografica, non deve intendersi di pertinenza esclusiva della SU di riferimento del Bacino in cui sono collocati; la loro funzione è quella di decongestionare le SU assicurando, superata la fase acuta, la continuità del ricovero preferibilmente in ambiente neurologico. Circa il trasferimento del paziente da una SU allo Spoke o il ri-trasferimento da una SU*2L* a una SU*1L*, esso deve essere gestito attraverso il Trasporto Secondario Programmato, che consenta anche, ove possibile, il rientro del paziente verso il territorio di provenienza, specialmente nelle aree più vaste. I dettagli relativi a tale tipo di trasporti sono specificati al successivo punto 4.3 .

Il riparto dei Bacini ha mirato a rispettare i limiti provinciali. In fase di audit potranno essere meglio valutate situazioni particolari quali quelle di Comuni che hanno tempi stimati di percorrenza verso la SU provinciale lievemente superiori rispetto ad una SU della provincia confinante.

Le SU sono collocate in aree a maggiore densità abitativa e dislocate lungo le principali vie di comunicazione. Ciò garantisce una buona copertura territoriale per percorrenze inferiori ai 60' (± 10%), che riguardano il 97,7% della popolazione (86,8% entro 30'). Le zone a percorrenza superiore sono contraddistinte dal colore rosso nella Mappa e comprendono principalmente la popolazione delle isole, riguardando, per la maggior parte, i residenti nel Distretto 36.






fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

E' in valutazione un Servizio di Tele-Medicina tra l'ospedale di Ischia e SU*1L* di Pozzuoli, in modo da consentire al primo l'esecuzione guidata della TL, quando le condizioni meteo sono particolarmente avverse ai collegamenti.

In riferimento al protocollo "drip and ship" (PDTA - pag. 9), tutte le SU*1L* prevedono tempi di percorrenza verso le SU*2L* < 45', con l'unica eccezione del P.O. S. Luca di Vallo della Lucania.

Circa la mobilità sanitaria non sono stati definiti, per la *Rete* STROKE, appositi accordi di confine.

In corso dei periodici processi di audit previsti, di cui al successivo Punto 7, sarà valutata l'efficacia di tale modello rispetto alla risposta attesa, provvedendosi ad eventuali revisioni anche in funzione del risultato in termini di volumi ed esiti.

## 4.3 TRASPORTO SECONDARIO PROGRAMMATO

Il corretto funzionamento della *Rete* STROKE si basa sul principio che le SU accettino sempre il paziente. Qualora TL o TM o entrambe siano decorse senza complicazioni ed abbiano avuto esito favorevole, ed in genere ogni qualvolta la SU registri sovraffollamento, i pazienti clinicamente stabili potranno essere di seguito accolti in un reparto di Neurologia di uno dei centri Spoke nella Macro-area di riferimento (vedi Tabella 4).

È necessario, quindi, facilitare il trasporto di un paziente da un Ospedale all'altro secondo intensità di cura, senza distrarre il personale sanitario demandato all'accompagnamento dai suoi compiti assistenziali presso l'Unità operativa di provenienza o di destinazione del paziente. La ricerca del posto letto in Ospedale Spoke è affidata alla SU inviante.

Allo scopo di realizzare tali percorsi, il DM 70/2015 indica la possibilità di affidare il "Trasporto Secondario Programmato" (TSP) all'organizzazione del 118, con la raccomandazione di una gestione separata da quella dell'emergenza/urgenza. In Regione Campania è in programmazione una gara, che sarà gestita dalla centrale di committenza Regionale So.Re.Sa. Spa, per l'affidamento di tale servizio. Gli aggiudicatari dovranno garantire il trasporto con una ambulanza medicalizzata (trattandosi di pazienti in fase sub-acuta) e l'intervento entro due ore dalla richiesta; è opportuno che l'equipaggio sia addestrato secondo i protocolli di rete. Il TSP rimane a carico dei Centri pubblici, che dovranno aderire alla Gara Regionale.

## 4.4 SDO: SPECIFICHE PER LA CORRETTA CODIFICA DELLE DIAGNOSI E DELLE PROCEDURE (ICD-9 CM)

L'analisi degli esiti ricavabile dai dati SDO/2018 è francamente difforme rispetto ad una survey promossa dalla D.G. Tutela della Salute in occasione della produzione del presente Piano; ciò probabilmente si deve a codifiche di dimissione omesse o errate, data l'ampia variabilità dei codici ICD-9CM possibili. E' necessario, pertanto, rendere uniformi le modalità di codifica rispettivamente dell'IIA, delle Emorragie cerebrali e delle procedure ad esse collegate.

Vengono di seguito elencati i codici delle Diagnosi possibili, da inserire nella SDO. Non sono considerate le patologie cerebrali non definibili "ictus", quali TIA, occlusioni o stenosi delle arterie extra craniche senza infarto e le altre patologie non inquadrabili nella definizione di ictus ischemico. Si raccomanda di non utilizzare il codice 436 (malattia cerebrovascolare acuta non specificata) per i pazienti con ictus ischemico.



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA n. 54 del 16 Settembre 2019 PARTE I Atti della Regione

Le procedure elencate, quando effettuate, devono essere necessariamente indicate nella SDO, anche in aggiunta ad altre principali, in quanto costituiscono i parametri di valutazione dell'attività svolta ai fini del PNE.

| ICTUS ISCHEMICO ACUTO | |
|---|---|
| **DIAGNOSI** | |
| Codice | Denominazione e specifiche |
| | **OCCLUSIONE O STENOSI DELLE ARTERIE EXTRACRANICHE CON INFARTO** |
| **433.01** | **Occlusione e stenosi della arteria basilare con infarto cerebrale** |
| **433.11** | **Occlusione e stenosi della carotide con infarto cerebrale** |
| **433.21** | **Occlusione e stenosi della arteria vertebrale con infarto cerebrale** |
| **433.31** | **Occlusioni e stenosi multiple e bilaterali delle arterie precerebrali con infarto cerebrale** |
| **433.81** | **Occlusione e stenosi di altre arterie precerebrali specificate con infarto cerebrale** |
| **433.91** | **Occlusione e stenosi di arteria precerebrale non specificata con infarto cerebrale** |
| | **OCCLUSIONE O STENOSI DELLE ARTERIE INTRACRANICHE CON INFARTO:** |
| **434.01** | **Trombosi cerebrale con infarto cerebrale** |
| **434.11** | **Embolia cerebrale con infarto cerebrale** |
| **434.91** | **Occlusione di arteria cerebrale non specificata con infarto cerebrale** |
| **PROCEDURE** | |
| Codice | Denominazione e specifiche |
| **99.10** | **Iniezione o infusione di agente trombolitico** |
| | *Alteplase*<br>*Anistreplase*<br>*Anistreplase*<br>*Tenecteplase*<br>*Streptochinasi*<br>*Tessuto attivatore plasminogeno (TPA)*<br>*Iniezione o infusione di agente trombolitico Urochinasi*<br>*Escluso: aspirina > omettere il codice inibitore piastrinico GP IIB/IIIa (99.20), eparina (99.19), warfarin > omettere il codice* |
| **39.74** | **Rimozione endovascolare di ostruzione da vaso/i di testa e collo** |
| | *Embolectomia endovascolare*<br>*Trombectomia endovascolare di vasi pre-cerebrali e cerebrali*<br>*Trombectomia o embolectomia meccanica* |
| **38.10** | **Endoarteriectomia, sede non specificata** |
| **38.11** | **Endoarteriectomia dei vasi intracranici** |
| | *Cerebrale (anteriore, mediana), circolo di Willis, arteria comunicante posteriore* |
| **38.12** | **Endoarteriectomia di altri vasi del capo e del collo** |
| | *Arteria carotide (comune, esterna, interna), vena giugulare (esterna, interna)* |
| **39.74** | **Rimozione endovascolare di ostruzione da vaso/i di testa e collo** |



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA n. 54 del 16 Settembre 2019 PARTE I Atti della Regione

| | |
|---|---|
| | *Embolectomia endovascolare*<br>*Trombectomia endovascolare di vasi pre-cerebrali e cerebrali*<br>*Trombectomia o embolectomia meccanica* |
| **00.61** | **Angioplastica percutanea o aterectomia di vasi precerebrali extracranici** |
| | *Basilare*<br>*Carotide*<br>*Vertebrale* |
| **00.62** | **Angioplastica percutanea o aterectomia dei vasi intracranici** |
| **00.63** | **Inserzione percutanea di stent nell' arteria carotidea** |
| | *Incluso l'utilizzo di eventuale dispositivo di protezione per l'embolia, dispositivo di protezione distale, filtro, o sistema di rilascio dello stent* |
| **00.64** | **Inserzione percutanea di stent in altre arterie precerebrali (extracraniche)** |
| | *Incluso l'utilizzo di eventuale dispositivo di protezione per l'embolia, dispositivo di protezione distale, filtro, o sistema di rilascio dello stent*<br>*Stent basilare*<br>*Stent vertebrale* |
| **00.65** | **Inserzione percutanea di stent vascolari intracranici** |
| | *Incluso l'utilizzo di eventuale dispositivo di protezione per l'embolia, dispositivo di protezione distale, filtro, o sistema di rilascio dello stent* |

| **EMORRAGIA CEREBRALE** | |
|---|---|
| **DIAGNOSI** | |
| Codice | Denominazione e specifiche |
| **430** | **EMORRAGIA SUBARACNOIDEA** |
| | *Emorragia delle meningi*<br>*Rottura di aneurisma cerebrale (congenito) SAI* |
| **431** | **EMORRAGIA CEREBRALE** |
| | *Emorragia (di):*<br>*basilare*<br>*bulbare*<br>*capsula interna*<br>*cerebellare*<br>*cerebrale*<br>*cerebromeningea*<br>*corticale*<br>*intrapontina*<br>*pontina*<br>*subcorticale*<br>*ventricolare*<br>*Rottura di vasi sanguigni nel cervello* |
| **432** | **ALTRE E NON SPECIFICATE EMORRAGIE INTRACRANICHE** |
| **432.0** | **Emorragia extradurale non traumatica** |
| **432.1** | **Emorragia subdurale** |



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA n. 54 del 16 Settembre 2019 PARTE I Atti della Regione

| | |
|---|---|
| **432.3** | **Emorragia intracranica non specificata** |
| | *Emorragia intracranica SAI* |
| **PROCEDURE** | |
| Codice | Denominazione e specifiche |
| **39.51** | **Clipping di aneurismi** |
| | *Escl.: Clipping di fistola arterovenosa (39.53)* |
| **39.52** | **Altra riparazione di aneurisma** |
| | *Riparazione di aneurisma con: coagulazione, elettrocoagulazione, filipuntura, metil-metacrilato, sutura, avvitamento, wrapping* |
| **39.72** | **Riparazione endovascolare o occlusione dei vasi di testa e collo** |
| | *Embolizzazione o occlusione con adesivo tissutale liquido (colla)*<br>*Embolizzazione o occlusione con spirale*<br>*Endograft*<br>*Graft endovascolare*<br>*Riparazione di aneurisma, malformazione arterovenosa [MAV] o fistola*<br>*Altro impianto di sostanza per riparazione, embolizzazione o occlusione* |
| **00.65** | **Inserzione percutanea di stent vascolari intracranici** |
| | *Incluso l'utilizzo di eventuale dispositivo di protezione per l'embolia, dispositivo di protezione distale, filtro, o sistema di rilascio dello stent* |

Indicare ogni altra procedura chirurgica di craniotomia, decompressione o drenaggio effettuata. Il codice 39.72 deve essere utilizzato per tutte le procedure di riparazione endovascolare con utilizzo di Coil o Stent "flow diverter". Nei casi in cui la procedura venisse completata utilizzando Stent "flow diverter" senza ausilio di Coils, può essere usato in alternativa il codice 00.65 qualora l'Ente ritenga questa codifica più opportuna o favorevole.

## 4.5 PIANO FORMATIVO

Il personale sanitario medico e non medico coinvolto nella rete per l'ICTUS deve ricevere adeguata formazione circa il PDTA, il Manuale Operativo e le risorse strutturali e logistiche disponibili. All'uopo viene allestito uno specifico Corso con gli specifici obiettivi di incrementare gli accessi alle SU, abbattere i tempi di presa in carico, aumentare il numero dei trattamenti trombolitici ed endovascolari (anche attivando protocolli "drip and ship"), ottimizzare i percorsi riabilitativi in continuità con la fine della fase acuta e collezionare i dati di attività e di follow up, utili alla valutazione delle performance.

Il Programma di Formazione viene definito dal Comitato Scientifico (vedi successivo Punto 7), che fa riferimento al Coordinamento Regionale di Rete. L'organizzazione dei corsi di Formazione per Area è in capo al rispettivo Responsabile della SU*2L*, in coordinamento con il Responsabile di ciascun setting assistenziale interessato dal percorso di rete.

Il Percorso Formativo si dovrà articolare in un Moduli specifici per le fasi pre-ospedaliera, ospedaliera, e post-ospedaliera.

I Direttori delle UU. OO. interessate hanno il compito di individuare il personale di propria afferenza secondo motivazione a favorire gli obiettivi di *Rete* STROKE. Data la numerosità dei partecipanti ed il turn over del personale il corso dovrà essere replicato in edizioni multiple, e favorire ampie



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA n. 54 del 16 Settembre 2019 PARTE I Atti della Regione

discussioni sui contenuti del PDTA e del Manuale Operativo. I Corsi dovranno essere sottoposti ad auditing di verifica dell'apprendimento o dovranno essere accreditati nell'ambito del programma di formazione continua in Medicina, in accordo con le strutture di formazione interne delle Amministrazioni di appartenenza. La certificazione sul conseguimento dei crediti formativi ECM deve essere condizionata, come prescritto, ad una partecipazione minima ad almeno il 90% delle ore formative ed all'esito positivo di un test finale per la verifica dell'apprendimento e del gradimento.

4.6 IL SISTEMA INFORMATIVO – INDICATORI, FLUSSO E RACCOLTA DEI DATI

La valutazione delle attività cliniche, specialmente quelle per le quali è definita una associazione volumi-esiti, è sottesa alla possibilità di misurare la performance attraverso flussi informativi. A questo scopo, AGENAS ha definito una griglia di Indicatori di Primo Livello anche per la valutazione della Rete per l'Ictus, riportata integralmente nel Sub-Allegato 3. Di conseguenza, sono stati individuati i dati specifici ("Minimal Data Set") da raccogliere (Sub-Allegato 4).

Completezza ed accuratezza della raccolta sono fondamentali per il monitoraggio dei parametri temporali, organizzativi, clinico assistenziali e di appropriatezza e sicurezza delle prestazioni erogate. Nel caso delle Reti il percorso clinico è variamente articolato: è necessaria, allora, la completa integrazione tra i diversi sistemi informativi già in dotazione nei vari setting assistenziali. I dati sono prelevati direttamente dalle diverse fonti d'origine (interoperabilità) e riversati in un repository regionale. L'obbligo di codificare le procedure o i trattamenti (vedi Punto 4.4) è a cura della SU che li ha erogati e si estende ad eventuali Spoke che curino la dimissione del paziente. I dati non rilevabili dai flussi EMUR/PS/SDO saranno acquisiti mediante un data-base di *Rete* STROKE, obbligatorio per tutte le SU inserite nella Rete.

Dovranno essere effettuate valutazioni di esito delle procedure (di default, la sopravvivenza libera da eventi alla dimissione, ad un mese e ad un anno dall'evento, ed il grado di residua disabilità, a tre mesi) attraverso informazioni relative a ciascun paziente.

I risultati del monitoraggio devono essere oggetto di una Relazione Annuale (vedi successivo punto 7.), redatta a cura del Coordinamento Regionale di Rete.

## 5. INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

La comunicazione preliminare viene affidata ad un sommario circa gli obiettivi di salute che si intendono raggiungere ed i principali riferimenti normativi, pubblicato in veste di primo annuncio nel portale web della Regione Campania, alla "scheda Sanità".

Un Portale "dedicato", in allestimento, approfondisce le varie tematiche e dettaglia le informazioni di servizio per gli operatori. Esso contiene Schede nelle quali è possibile riscontrare, Provincia per Provincia, in forma tabellare e grafica (mappe), i dettagli della *Rete* STROKE: comuni, distretti sanitari e bacini, descritti per numerosità della popolazione, le SU di 1 e 2 Livello ed i tempi di percorrenza; inoltre, rende disponibili il Manuale Operativo, la Guida alla compilazione del data-base ed altri riferimenti comuni, destinati agli operatori (FAD, Report annuali di performance, etc.).

Un'area dedicata all'utenza ospiterà spot pubblicitari per il riconoscimento precoce dell'Ictus e l'immediata allerta del soccorso territoriale tramite 118 e quant'altro possa essere necessario alla cultura ed alla divulgazione della *Rete* STROKE. Alla sezione "contatti" potranno essere inoltrate segnalazioni circa malfunzionamenti o suggerimenti che, partendo da una qualità percepita, possano contribuire ad una maggiore efficienza o all'umanizzazione delle cure. In tal senso, potrà esser utile la cooperazione con Associazioni di pazienti o cittadini.



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA n. 54 del 16 Settembre 2019 PARTE I Atti della Regione

Ogni operatore di Rete deve contribuire a dare al sito ampia divulgazione, ricordandone l'indirizzo web nelle varie modalità (in ambiti congressuali, a mezzo stampa, attraverso campagne pubblicitarie o interviste).

6. RISORSE ECONOMICHE

La realizzazione della Rete necessita di risorse economiche destinate a coprire i Costi relativi a:

- Adeguamenti delle dotazioni strumentali ed organiche delle SU (a carico delle relative Aziende)
- Trasporti secondari programmati (a carico delle Aziende con SU)
- Adeguamenti tecnologici per il Teleconsulto e la Rete RIS PACS (ripartiti per competenze tra Aziende Ospedaliere ed ASL)
- Corsi di Formazione di cui al Punto 4.5 (a carico di ASL ed AO, ciascuno per il proprio personale)
- Interoperabilità (AO ed ASL)
- Repository: creazione e manutenzione (Regione Campania)
- Campagne Promozionali (Regione Campania)
- Coordinamento di Rete

7. COORDINAMENTO PERMANENTE PER LA REVISIONI

Per garantire il buon funzionamento della Rete è prevista l'istituzione di un Coordinamento Regionale di Rete con la finalità di attivarne i percorsi, tutelarne il buon funzionamento fino al miglioramento della performance e garantire il principio di efficacia ed equità sull'intero territorio regionale. Suoi compiti sono:

- Coordinamento delle attività
- Monitoraggio della qualità e della completezza della raccolta-dati
- Organizzazione periodica di audit
- Analisi dei case-report
- Analisi delle criticità
- Elaborazione di azioni correttive
- Recepimento ed applicazione delle indicazioni ministeriali
- Promozione di gruppi di lavoro multidisciplinari per valutare aggiornamenti di parametri e di indicatori di performance
- Compilazione di una Relazione Annuale

L'organo di coordinamento si avvale del supporto di membri del Livello Regionale, Neurologi, Operatori di 118 e Pronto Soccorso, Direzioni Sanitarie e di un **Comitato Scientifico** composto dai Responsabili delle SU*2L*, con compiti specifici di espletamento dei Programmi di Formazione e revisione periodica del PDTA.

Ai fini della governance il Coordinamento si colloca in posizione intermedia e di collegamento tra il Livello Organizzativo Regionale e le Direzioni delle Aziende Sanitarie. Il Coordinamento promuove le azioni di miglioramento via via necessarie e procede al confronto con i valori soglia (per volumi di attività, esiti migliori e di rischio).

8. GESTIONE DELLA PROGRAMMAZIONE

La Campania, tra le regioni più popolose d'Italia, è gravata da un elevato indice di deprivazione che ha reso più complesso garantire ai suoi cittadini un buono stato di salute ed un accesso equo al SSR, coniugato con servizi di qualità. Inoltre, da oltre 10 anni essa è impegnata in un Piano di rientro.



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

L'adozione di un Piano di *Rete* STROKE contribuisce in maniera determinante ad un rinnovato Piano Sanitario Regionale ed è, pertanto, da assegnare quale "obiettivo prioritario" ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, nella consapevolezza della problematica continuità tra gli atti di programmazione e la gestione.

La sua attuazione è sottesa anche ad una dotazione organica e tecnologica quali-quantitativamente coerente con i parametri indicati.



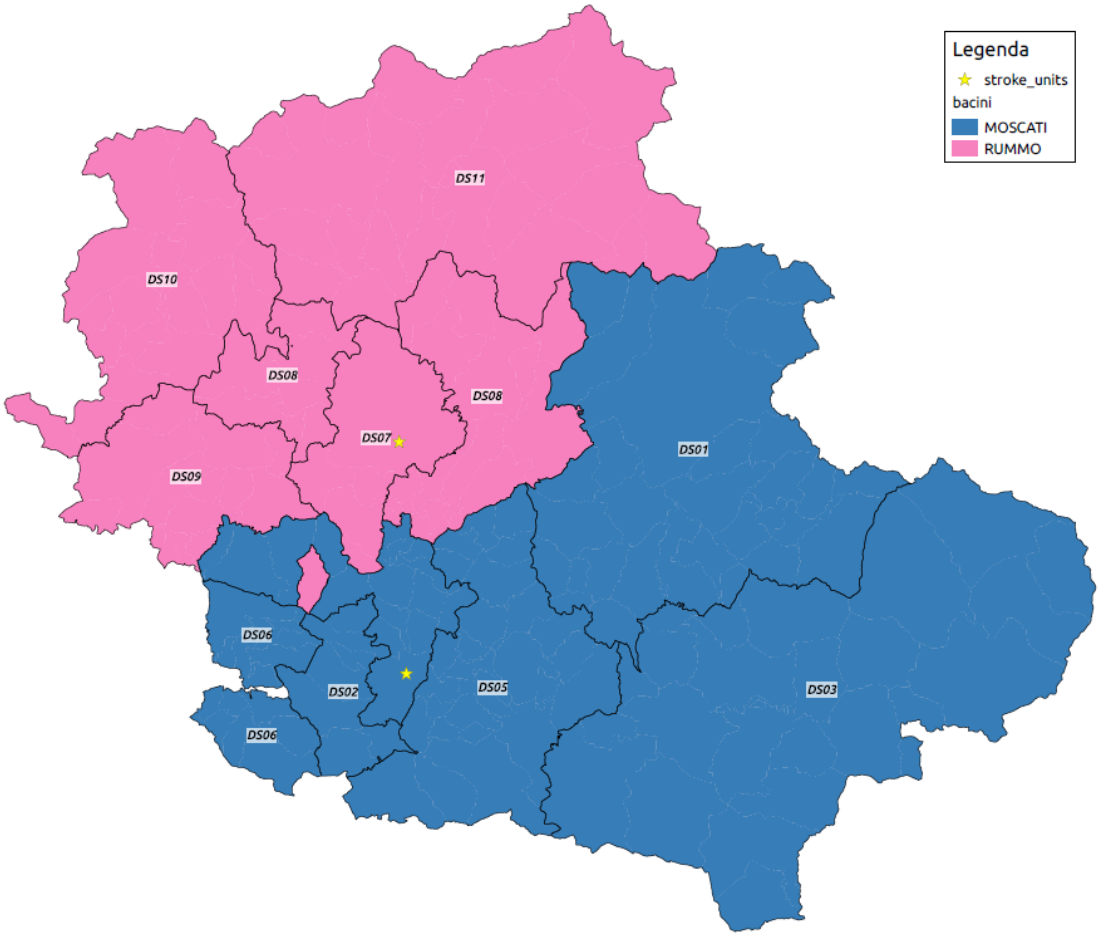
fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

# MACRO AREA AVELLINO - BENEVENTO

| Scheda | |
|---|---|
| Popolazione | 703.181 |
| Ictus ischemici (indice di ospedalizzazione per residenti) | 1.062 |
| Emorragie cerebrali (indice di ospedalizzazione per residenti) | 417 |
| Estensione territoriale (Kmq) | 4.867 |
| Distretti sanitari | 11 |
| Comuni | 196 |
| Bacini operativi | 2 |
| COT | Avellino |
| | Benevento |
| Stroke Unit di II Livello | A.O. Moscati di Avellino |
| | A.O. Rummo di Benevento |
| Stroke Unit di I Livello | - |
| Centri Spoke | P.O. di Ariano Irpino |
| Unità di riabilitazione e lungodegenza (cod 56 - 60 - 75) | A.O. Moscati - AV |
| | A.O. Rummo/ P.O. San Pio - BN |
| | A.O. Rummo/ P.O. S. Agata dei Goti |
| | P.O. di Ariano Irpino |
| | P.O. Di S. Angelo dei Lombardi |

*Province di Avellino e Benevento*






fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

| Prov | Distretto | Distretto Località | B1<br>AO Moscati | B3<br>AO Rummo |
|---|---|---|---|---|
| | | TOTALE RESIDENTI | 423.506 | 279.675 |
| AV | 1 | Ariano Irpino | 87.304 | |
| AV | 2 | Monteforte Irpino | 36.907 | |
| AV | 3 | Sant'Angelo dei Lombardi | 61.829 | |
| AV | 4 | Avellino | 96.272 | |
| AV | 5 | Atripalda | 100.839 | |
| AV | 6 | Baiano | 40.355 | |
| BN | 7 | Benevento | | 69.794 |
| BN | 8 | San Giorgio del Sannio | | 57.627 |
| BN | 9 | Montesarchio | | 55.769 |
| BN | 10 | Telese Terme | | 54.769 |
| BN | 11 | Morcone | | 41.716 |

| Bacino B1 | |
|---|---|
| Stroke Unit II Livello | A.O. Moscati |
| Abitanti | 423.506 |
| Estensione territoriale (Kmq) | 2.806,00 |
| Distretti sanitari | 6 |
| Comuni | 118 |
| Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| ≤ 30' | 56,50% |
| 30 ÷ 60' | 36,90% |
| > 60' | 6,60% |

| Bacino B2 | |
|---|---|
| Stroke Unit II Livello | A.O. Rummo |
| Abitanti | 279.675 |
| Estensione territoriale (Kmq) | 2.080 |
| Distretti sanitari | 5 |
| Comuni | 78 |
| Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| ≤ 30' | 68,00% |
| 30 ÷ 60' | 32,00% |
| > 60' | 0,00% |



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

# MACRO AREA CASERTA

| Scheda | |
|---|---|
| Popolazione | 924.166 |
| Ictus ischemici (indice di ospedalizzazione per residenti) | 673 |
| Emorragie cerebrali (indice di ospedalizzazione per residenti) | 315 |
| Estensione territoriale (Kmq) | 2.615 |
| Distretti sanitari | 12 |
| Comuni | 104 |
| Bacini operativi | 3 |
| COT | Caserta |
| Stroke Unit di II Livello | A.O. S. Anna e S. Sebastiano di Caserta |
| Stroke Unit di I Livello | P.O. S. Giuseppe Moscati di Aversa |
| | Casa di Cura Pineta Grande di Castelvolturno |
| Centri Spoke | P.O. San Giuseppe e Melorio - S Maria C/V |
| | P.O. San Rocco - Sessa Aurunca |
| | P.O. di Marcianise |
| | P.O. di Piedimonte Matese |
| Unità di riabilitazione e lungodegenza (cod 56 - 60 - 75) | A.O. Sant'Anna e San Sebastiano |
| | A.O.U. Vanvitelli - CE |
| | P.O. San Giuseppe e Melorio - S Maria C/V |
| | P.O. Maddaloni |
| | P.O. San Felice a Cancello |
| | P.O. di Piedimonte Matese |
| | P.O. San Rocco - Sessa Aurunca |
| | P.O. Moscati - Aversa |
| | P.O. di Marcianise |



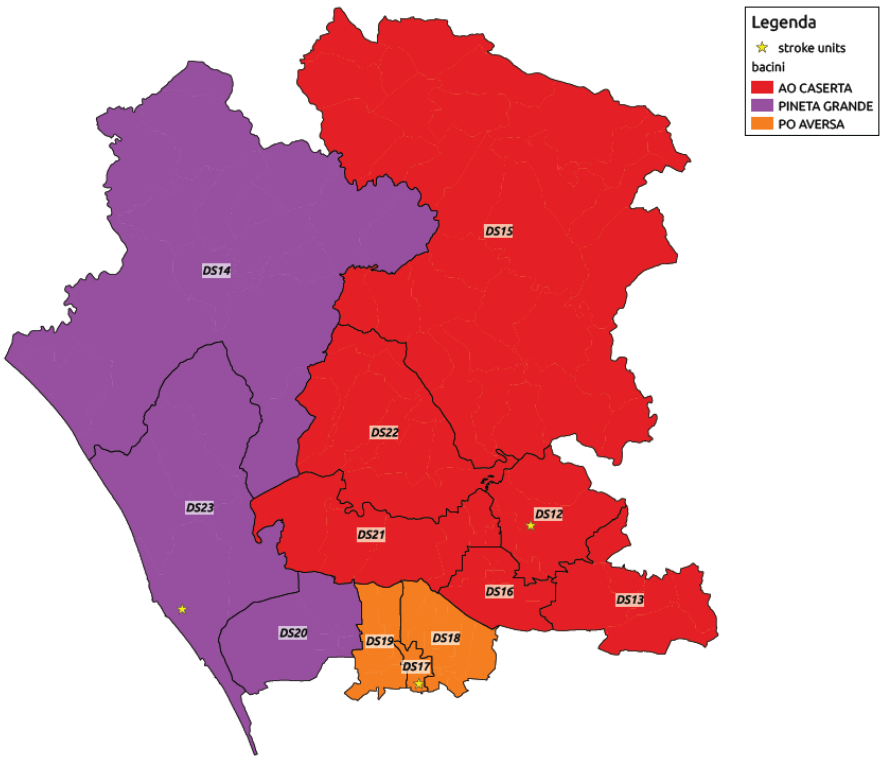
fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

*n. 54 del 16 Settembre 2019*

PARTE I Atti della Regione

***Provincia di Caserta***






fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA n. 54 del 16 Settembre 2019 PARTE I Atti della Regione

| REGIME | Prov | Distretto | Distretto località | B3 | B4 | B5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | AO San Sebastiano | PO Moscati - Aversa | CDC Pineta Grande |
| | | | TOTALE RESIDENTI | 489.366 | 232.732 | 202.068 |
| | CE | 12 | Caserta | 116.250 | | |
| | CE | 13 | Maddaloni | 83.744 | | |
| | CE | 14 | Teano | | | 77.253 |
| | CE | 15 | Piedimonte Matese | 73.062 | | |
| | CE | 16 | Marcianise | 82.648 | | |
| | CE | 17 | Aversa | | 53.040 | |
| | CE | 18 | Succivo | | 102.735 | |
| | CE | 19 | Lusciano | | 76.957 | |
| | CE | 20 | Casal di Principe | | | 54.230 |
| | CE | 21 | Santa Maria Capua Vetere | 76.278 | | |
| | CE | 22 | Capua | 57.384 | | |
| | CE | 23 | Mondragone | | | 70.585 |

| PRIMA APPLICAZIONE | Prov | Distretto | Distretto località | B3 | B4 | B5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | AO San Sebastiano | PO Moscati - Aversa | CDC Pineta Grande |
| | | | TOTALE RESIDENTI | 645.141 | - | 279.025 |
| | CE | 12 | Caserta | 116.250 | | |
| | CE | 13 | Maddaloni | 83.744 | | |
| | CE | 14 | Teano | | | 77.253 |
| | CE | 15 | Piedimonte Matese | 73.062 | | |
| | CE | 16 | Marcianise | 82.648 | | |
| | CE | 17 | Aversa | 53.040 | | |
| | CE | 18 | Succivo | 102.735 | | |
| | CE | 19 | Lusciano | | | 76.957 |
| | CE | 20 | Casal di Principe | | | 54.230 |
| | CE | 21 | Santa Maria Capua Vetere | 76.278 | | |
| | CE | 22 | Capua | 57.384 | | |
| | CE | 23 | Mondragone | | | 70.585 |



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

| | Bacino B3 | |
|---|---|---|
| REGIME | Stroke Unit II Livello | A.O. S. Anna e S. Sebastiano |
| | Abitanti | 489.366 |
| | Estensione territoriale (Kmq) | 1.466 |
| | Distretti sanitari | 6 |
| | Comuni | 64 |
| | Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| | ≤ 30' | 84,90% |
| | 30 ÷ 60' | 14,40% |
| | > 60' | 0,70% |
| | | |
| PRIMA APPLICAZIONE | Abitanti | 645.141 |
| | Estensione territoriale (Kmq) | 1.531 |
| | Distretti sanitari | 8 |
| | Comuni | 73 |
| | Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| | ≤ 30' | 80,80% |
| | 30 ÷ 60' | 18,60% |
| | > 60' | 0,60% |
| | Il territorio dei DS17 e DS18 appartenenti al Bacino B4, si aggrega all'A.O. S. Anna e S. Sebastiano di Caserta, in supplenza per la mancanza di SU nell'area del P.O. Moscati di Aversa. | |



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

| | | | |
|---|---|---|---|
| REGIME | **Bacino B4** | | |
| | Stroke Unit I Livello | | P.O. S. Giuseppe Moscati - Aversa |
| | Stroke Unit II Livello di riferimento | | A.O. S. Anna e S. Sebastiano |
| | Percorrenza media stimata SU1L > SU2L | | 37' |
| | Abitanti | | 232.732 |
| | Estensione territoriale (Kmq) | | 105,24 |
| | Distretti sanitari | | 3 |
| | Comuni | | 15 |
| | Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | | |
| | ≤ 30' | | 100,00% |
| | 30 ÷ 60' | | 0,00% |
| | > 60' | | 0,00% |
| | | | |
| PRIMA APPLICAZIONE | Stroke Unit | | *vedi dettaglio* |
| | Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | | |
| | ≤ 30' | | 77,50% |
| | 30 ÷ 60' | | 22,50% |
| | > 60' | | 0,00% |
| | **DS** | **Comune** | **SU** |
| | 17 | Aversa | A.O. S. Anna e S. Sebastiano |
| | 18 | Carinaro | A.O. S. Anna e S. Sebastiano |
| | 18 | Casaluce | A.O. S. Anna e S. Sebastiano |
| | 18 | Cesa | A.O. S. Anna e S. Sebastiano |
| | 18 | Gricignano di Aversa | A.O. S. Anna e S. Sebastiano |
| | 18 | Orta di Atella | A.O. S. Anna e S. Sebastiano |
| | 18 | Sant'Arpino | A.O. S. Anna e S. Sebastiano |
| | 18 | Succivo | A.O. S. Anna e S. Sebastiano |
| | 18 | Teverola | A.O. S. Anna e S. Sebastiano |
| | 19 | Frignano | Clinica Pineta Grande |
| | 19 | Lusciano | Clinica Pineta Grande |
| | 19 | Parete | Clinica Pineta Grande |
| | 19 | San Marcellino | Clinica Pineta Grande |
| | 19 | Trentola-Ducenta | Clinica Pineta Grande |
| | 19 | Villa di Briano | Clinica Pineta Grande |



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

| | Bacino B5 | |
|---|---|---|
| REGIME | Stroke Unit I Livello | CDC Pineta Grande - Castelvolturno |
| | Stroke Unit II Livello di riferimento | A.O. S. Anna e S. Sebastiano |
| | Percorrenza media stimata SU1L > SU2L | 45' |
| | Abitanti | 202.068 |
| | Estensione territoriale (Kmq) | 1.080,09 |
| | Distretti sanitari | 3 |
| | Comuni | 25 |
| | Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| | ≤ 30' | 68,00% |
| | 30 ÷ 60' | 30,90% |
| | > 60' | 1,10% |
| | | |
| PRIMA APPLICAZIONE | Abitanti | 279.025 |
| | Estensione territoriale (Kmq) | 1.120 |
| | Distretti sanitari | 4 |
| | Comuni | 31 |
| | Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| | ≤ 30' | 77,62% |
| | 30 ÷ 60' | 22,30% |
| | > 60' | 0,08% |
| | Il territorio dei DS19 appartenente al Bacino B4, si aggrega alla Clinica Pineta Grande di Castelvolturno, in supplenza per la mancanza di SU nell'area del P.O. Moscati di Aversa. | |



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

# PROVINCIA DI NAPOLI

| Scheda | |
|---|---|
| Popolazione | 3.118.195 |
| Ictus ischemici (indice di ospedalizzazione per residenti) | 637 |
| Emorragie cerebrali (indice di ospedalizzazione per residenti) | 369 |
| Estensione territoriale (Kmq) | 1.178,94 |
| Distretti sanitari | 37 |
| Comuni | 92 |
| Bacini operativi | 8 |
| COT | Napoli Ovest |
| | Napoli Città |
| | Napoli Est |
| **Macro area Napoli 1 Centro** | |
| Stroke Unit II Livello | A.O. A. Cardarelli |
| | P.O. Ospedale del Mare |
| | A.O.U. Federico II |
| Stroke Unit I Livello | P.O. San Giovanni Bosco |
| Centri Spoke | P.O. San Paolo |
| Unità di riabilitazione e lungodegenza (cod 56 - 60 - 75) | A.O. A. Cardarelli |
| | A..O Dei Colli |
| | A.O.U. Federico II |
| | Fondazione Pascale |
| | P.O. degli Incurabili |
| | P.O. Ospedale del Mare |
| | P.O. S. Maria di Loreto |
| **Macro area Napoli 2 Nord** | |
| Stroke Unit II Livello | A.O. A. Cardarelli |
| | P.O. Ospedale del Mare |
| | A.O.U. Federico II |
| Stroke Unit I Livello | P.O. S.M.Delle Grazie - Pozzuoli |
| | P.O. San Giovanni Bosco - Napoli |
| Centri Spoke | P.O. San Giuliano - Giugliano |
| Unità di riabilitazione e lungodegenza (cod 56 - 60 - 75) | P.O. S.M.Delle Grazie - Pozzuoli |
| | P.O. S. Giovanni di Dio - Frattamaggiore |
| | P.O. Ischia |
| **Macro area Napoli 3 Sud** | |
| Stroke Unit II Livello | P.O. Ospedale del Mare |
| Stroke Unit I Livello | P.O. San Leonardo - Castellamare di Stabia |
| | P.O. di Nola |
| Centri Spoke | P.O.Boscotrecase |
| Unità di riabilitazione e lungodegenza (cod 56 - 60 - 75) | P.O. di Nola/Pollena |
| | P.O. di Gragnano |
| | P.O. Torre del Greco |
| | P.O. di Sorrento |



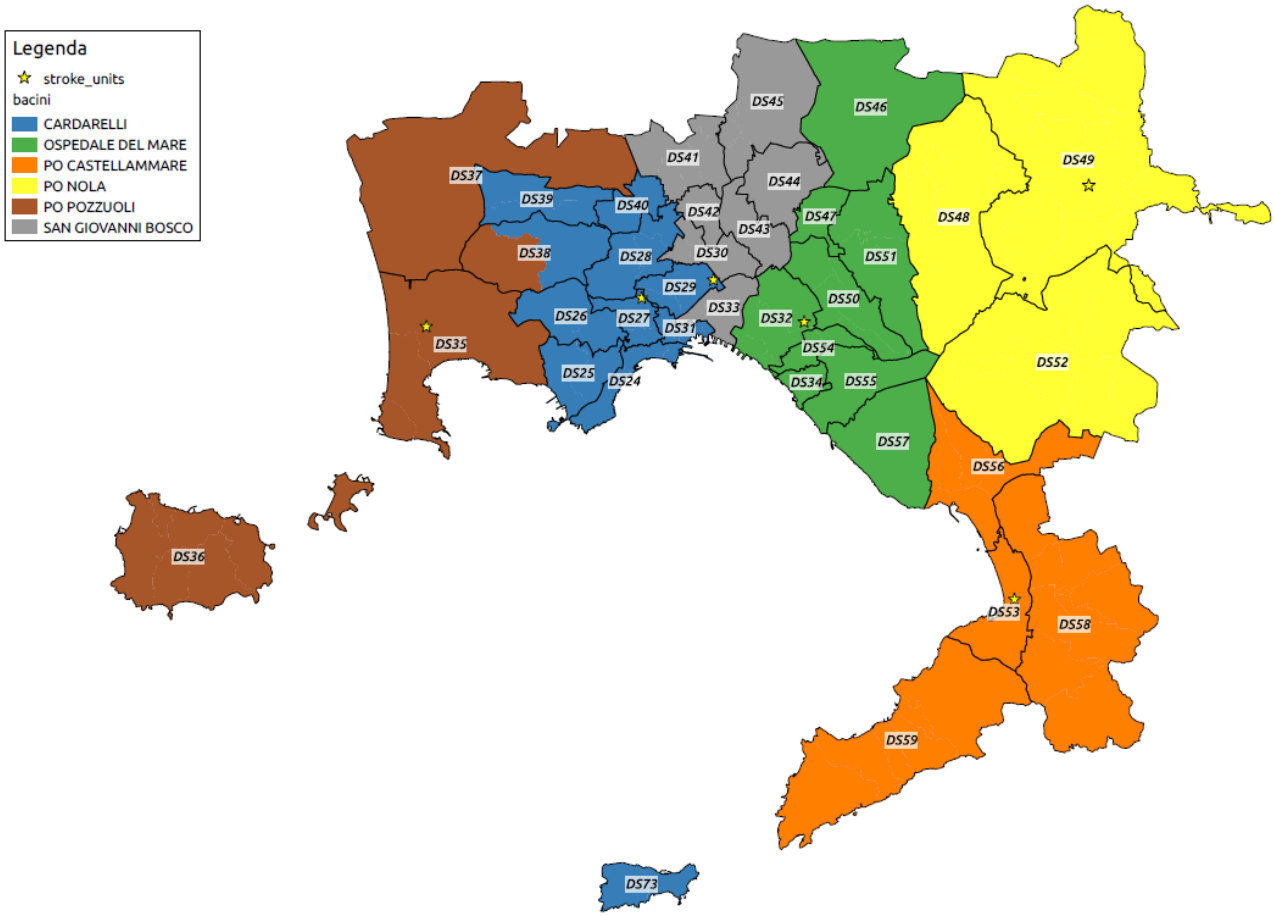
fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

*n. 54 del 16 Settembre 2019*

PARTE I Atti della Regione

***Provincia di Napoli***






fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

| | Prov | Distretto | Distretto località | B6 | B7 | B8 | B9 | B10 | B11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | AO Cardarelli | PO S. Giovanni Bosco | Ospedale del Mare | PO Pozzuoli | PO Nola | PO S. Leonardo |
| | | | TOTALE RESIDENTI | 900.368 | 564.039 | 599.991 | 360.247 | 346.044 | 347.506 |
| A REGIME | NA | 24 | Napoli - Municipalità 1 (S. Ferdinando, Chiaia, Posillipo) | 82.405 | | | | | |
| | NA | 25 | Napoli - Municipalità 10 (Bagnoli, Fuorigrotta) | 94.377 | | | | | |
| | NA | 26 | Napoli - Municipalità 9 (Soccavo, Pianura) | 103.878 | | | | | |
| | NA | 27 | Napoli - Municipalità 5 (Vomero, Arenella) | 112.030 | | | | | |
| | NA | 28 | Napoli - Municipalità 8 (Chiaiano, Piscinola, Scampia) | 89.982 | | | | | |
| | NA | 29 | Napoli - Municipalità 3 (Stella, S. Carlo Arena) | 103.403 | | | | | |
| | NA | 30 | Napoli - Municipalità 7 (Miano, Secondigliano, S Pietro a Patierno) | | 84.203 | | | | |
| | NA | 31 | Napoli - Municipalità 2 (Avvocata, Montecalvario, Porto, Mercato Pendino) | 98.337 | | | | | |
| | NA | 32 | Napoli - Municipalità 6 (S Giovanni a Teduccio, Barra, Ponticelli) | | | 113.388 | | | |
| | NA | 33 | Napoli - Municipalità 4 (S Lorenzo, Vicaria, Poggioreale, Zona Ind) | | 99.371 | | | | |
| | NA | 34 | Portici | | | 55.012 | | | |
| | NA | 35 | Pozzuoli | | | | 120.758 | | |
| | NA | 36 | Ischia e Procida | | | | 74.581 | | |
| | NA | 37 | Giugliano in Campania | | | | 123.839 | | |
| | NA | 38 | Quarto | | | | 41.069 | | |
| | NA | 38 | Marano di Napoli | 59.871 | | | | | |
| | NA | 39 | Villaricca | 69.125 | | | | | |
| | NA | 40 | Mugnano di Napoli | 72.756 | | | | | |
| | NA | 41 | Frattamaggiore | | 112.459 | | | | |
| | NA | 42 | Arzano | | 53.297 | | | | |
| | NA | 43 | Casoria | | 77.319 | | | | |
| | NA | 44 | Afragola | | 64.558 | | | | |
| | NA | 45 | Caivano | | 72.832 | | | | |
| | NA | 46 | Acerra | | | 59.830 | | | |
| | NA | 47 | Casalnuovo di Napoli | | | 49.589 | | | |
| | NA | 48 | Mariglianella | | | | | 103.822 | |
| | NA | 49 | Nola | | | | | 109.851 | |
| | NA | 50 | Volla | | | 61.033 | | | |
| | NA | 51 | Pomigliano d'Arco | | | 67.590 | | | |
| | NA | 52 | Palma Campania | | | | | 132.371 | |
| | NA | 53 | Castellammare di Stabia | | | | | | 66.164 |
| | NA | 54 | San Giorgio a Cremano | | | 54.556 | | | |
| | NA | 55 | Ercolano | | | 53.231 | | | |
| | NA | 56 | Torre Annunziata | | | | | | 89.952 |
| | NA | 57 | Torre del Greco | | | 85.762 | | | |
| | NA | 58 | Pompei | | | | | | 109.431 |
| | NA | 59 | Vico Equense | | | | | | 81.959 |
| | NA | 73 | Capri | 14.204 | | | | | |



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

| | Prov | Distretto | Distretto località | B6 | B7 | B8 | B9 | B10 | B12 | B11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | AO Cardarelli | PO S. Giovanni Bosco | Ospedale del Mare | PO Pozzuoli | PO Nola | PO Umberto I - Nocera Inf | PO S. Leonardo |
| | | | TOTALE RESIDENTI | 900.368 | 564.039 | 838.066 | 360.247 | 346.044 | 109.431 | - |
| PRIMA APPLICAZIONE | NA | 24 | Napoli - Municipalità 1 (S. Ferdinando, Chiaia, Posillipo) | 82.405 | | | | | | |
| | NA | 25 | Napoli - Municipalità 10 (Bagnoli, Fuorigrotta) | 94.377 | | | | | | |
| | NA | 26 | Napoli - Municipalità 9 (Soccavo, Pianura) | 103.878 | | | | | | |
| | NA | 27 | Napoli - Municipalità 5 (Vomero, Arenella) | 112.030 | | | | | | |
| | NA | 28 | Napoli - Municipalità 8 (Chiaiano, Piscinola, Scampia) | 89.982 | | | | | | |
| | NA | 29 | Napoli - Municipalità 3 (Stella, S. Carlo Arena) | 103.403 | | | | | | |
| | NA | 30 | Napoli - Municipalità 7 (Miano, Secondigliano, S Pietro a Patierno) | | 84.203 | | | | | |
| | NA | 31 | Napoli - Municipalità 2 (Avvocata, Montecalvario, Porto, Mercato Pendino) | 98.337 | | | | | | |
| | NA | 32 | Napoli - Municipalità 6 (S Giovanni a Teduccio, Barra, Ponticelli) | | | 113.388 | | | | |
| | NA | 33 | Napoli - Municipalità 4 (S Lorenzo, Vicaria, Poggioreale, Zona Ind) | | 99.371 | | | | | |
| | NA | 34 | Portici | | | 55.012 | | | | |
| | NA | 35 | Pozzuoli | | | | 120.758 | | | |
| | NA | 36 | Ischia e Procida | | | | 74.581 | | | |
| | NA | 37 | Giugliano in Campania | | | | 123.839 | | | |
| | NA | 38 | Quarto | | | | 41.069 | | | |
| | NA | 38 | Marano di Napoli | 59.871 | | | | | | |
| | NA | 39 | Villaricca | 69.125 | | | | | | |
| | NA | 40 | Mugnano di Napoli | 72.756 | | | | | | |
| | NA | 41 | Frattamaggiore | | 112.459 | | | | | |
| | NA | 42 | Arzano | | 53.297 | | | | | |
| | NA | 43 | Casoria | | 77.319 | | | | | |
| | NA | 44 | Afragola | | 64.558 | | | | | |
| | NA | 45 | Caivano | | 72.832 | | | | | |
| | NA | 46 | Acerra | | | 59.830 | | | | |
| | NA | 47 | Casalnuovo di Napoli | | | 49.589 | | | | |
| | NA | 48 | Mariglianella | | | | | 103.822 | | |
| | NA | 49 | Nola | | | | | 109.851 | | |
| | NA | 50 | Volla | | | 61.033 | | | | |
| | NA | 51 | Pomigliano d'Arco | | | 67.590 | | | | |
| | NA | 52 | Palma Campania | | | | | 132.371 | | |
| | NA | 53 | Castellammare di Stabia | | | 66.164 | | | | |
| | NA | 54 | San Giorgio a Cremano | | | 54.556 | | | | |
| | NA | 55 | Ercolano | | | 53.231 | | | | |
| | NA | 56 | Torre Annunziata | | | 89.952 | | | | |
| | NA | 57 | Torre del Greco | | | 85.762 | | | | |
| | NA | 58 | Pompei | | | | | | 109.431 | |
| | NA | 59 | Vico Equense | | | 81.959 | | | | |
| | NA | 73 | Capri | 14.204 | | | | | | |



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA n. 54 del 16 Settembre 2019 PARTE I Atti della Regione

| Bacino B6 | |
|---|---|
| Stroke Unit II Livello | A.O. Cardarelli |
| Abitanti | 900.368 |
| Estensione territoriale (Kmq) | 132,01 |
| Distretti sanitari | 11 |
| Comuni | 9 |
| Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| ≤ 30' | 98,40% |
| 30 ÷ 60' | 0,00% |
| > 60' | 1,60% |

| Bacino B7 | |
|---|---|
| Stroke Unit I Livello | P.O. S. Giovanni Bosco - Napoli |
| Stroke Unit II di riferimento | A.O.U. Federico II |
| Percorrenza media stimata SU > HUB | 10' |
| Abitanti | 564.039 |
| Estensione territoriale (Kmq) | 107,86 |
| Distretti sanitari | 7 |
| Comuni | 13 |
| Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| ≤ 30' | 100,00% |
| 30 ÷ 60' | 0,00% |
| > 60' | 0,00% |

**A REGIME**

| Bacino B8 | |
|---|---|
| Stroke Unit II Livello | Ospedale del Mare |
| Abitanti | 599.991 |
| Estensione territoriale (Kmq) | 195,66 |
| Distretti sanitari | 9 |
| Comuni | 14 |
| Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| ≤ 30' | 100,00% |
| 30 ÷ 60' | 0,00% |
| > 60' | 0,00% |

**PRIMA APPLICAZIONE**

| | |
|---|---|
| Stroke Unit II Livello | Ospedale del Mare |
| Abitanti | 838.066 |
| Estensione territoriale (Kmq) | 319,02 |
| Distretti sanitari | 12 |
| Comuni | 25 |
| Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| ≤ 30' | 90,20% |
| 30 ÷ 60' | 8,01% |
| > 60' | 1,79% |
| Il territorio dei DS53, DS56 e DS59 appartenenti al Bacino NA11, si aggrega all'Ospedale del Mare di Napoli, in supplenza per la mancanza di SU nell'area Stabiese. | |



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

| Bacino B9 | |
|---|---|
| Stroke Unit I Livello | P.O. S.Maria delle Grazie -Pozzuoli |
| Stroke Unit II di riferimento | A.O.U. Federico II |
| Percorrenza media stimata SU1L > SU2L | 19' |
| Abitanti | 360.247 |
| Estensione territoriale (Kmq) | 220,20 |
| Distretti sanitari | 4 |
| Comuni | 12 |
| Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| ≤ 30' | 79,30% |
| 30 ÷ 60' | 0,00% |
| > 60' | 20,70% |

| Bacino B10 | |
|---|---|
| Stroke Unit I Livello | P.O. S. Maria della pietà - Nola |
| Stroke Unit II di riferimento | Ospedale del Mare |
| Percorrenza media stimata SU1L > SU2L | 32' |
| Abitanti | 346.044 |
| Estensione territoriale (Kmq) | 312,17 |
| Distretti sanitari | 3 |
| Comuni | 27 |
| Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| ≤ 30' | 100,00% |
| 30 ÷ 60' | 0,00% |
| > 60' | 0,00% |



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

| | | |
|---|---|---|
| REGIME | **Bacino B11** | |
| | Stroke Unit I Livello | P.O. San Leonardo - C.mare di Stabia |
| | Stroke Unit II di riferimento | Ospedale del Mare |
| | Percorrenza media stimata SU1L > SU2L | 21' |
| | Abitanti | 347.506 |
| | Estensione territoriale (Kmq) | 209,31 |
| | Distretti sanitari | 4 |
| | Comuni | 19 |
| | Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| | ≤ 30' | 95,90% |
| | 30 ÷ 60' | 4,10% |
| | > 60' | 0,00% |
| | | |
| PRIMA APPLICAZIONE | Stroke Unit | *vedi dettaglio* |
| | Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| | ≤ 30' | 70,70% |
| | 30 ÷ 60' | 25,20% |
| | > 60' | 4,10% |

| DS | Comune | SU |
|---|---|---|
| 53 | Castellammare di Stabia | Ospedale del Mare |
| 56 | Boscoreale | Ospedale del Mare |
| 56 | Boscotrecase | Ospedale del Mare |
| 56 | Torre Annunziata | Ospedale del Mare |
| 56 | Trecase | Ospedale del Mare |
| 58 | Agerola | PO Umberto I - Nocera Inf. |
| 58 | Casola di Napoli | PO Umberto I - Nocera Inf. |
| 58 | Gragnano | PO Umberto I - Nocera Inf. |
| 58 | Lettere | PO Umberto I - Nocera Inf. |
| 58 | Pimonte | PO Umberto I - Nocera Inf. |
| 58 | Pompei | PO Umberto I - Nocera Inf. |
| 58 | Santa Maria la Carità | PO Umberto I - Nocera Inf. |
| 58 | Sant'Antonio Abate | PO Umberto I - Nocera Inf. |
| 59 | Massa Lubrense | Ospedale del Mare |
| 59 | Meta | Ospedale del Mare |
| 59 | Piano di Sorrento | Ospedale del Mare |
| 59 | Sant'Agnello | Ospedale del Mare |
| 59 | Sorrento | Ospedale del Mare |
| 59 | Vico Equense | Ospedale del Mare |



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 54 del 16 Settembre 2019

PARTE I Atti della Regione

# MACRO AREA SALERNO

| Scheda | |
|---|---|
| Popolazione | 1.104.731 |
| Ictus ischemici (indice di ospedalizzazione per residenti) | 955 |
| Emorragie cerebrali (indice di ospedalizzazione per residenti) | 463 |
| Estensione territoriale (Kmq) | 4.954,00 |
| Distretti sanitari | 13 |
| Comuni | 158 |
| Bacini operativi | 4 |
| COT | Salerno |
| Stroke Unit di II Livello | A.O. U. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona |
| Stroke Unit di I Livello | P.O. Umberto I - Nocera Inf. |
| | P.O. di Polla |
| | P.O. S. Luca - Vallo della Lucania |
| Centri Spoke | P.O. di Sapri |
| | P.O. Maria SS. Addolorata - Eboli |
| | P.O. di Sarno |
| Unità di riabilitazione e lungodegenza (cod 56 - 60 - 75) | A.O.U. Ruggi, P.O. Da Procida - SA |
| | P.O. Umberto I - Nocera Inf. |
| | P.O. Oliveto Citra |
| | P.O. Roccadaspide |
| | P.O. S. Luca - Vallo della Lucania |
| | P.O. di Polla e Sant'Arsenio |
| | A.O.U. Ruggi, P.O. Cava de' Tirreni |
| | P.O. Scafati |
| | P.O. di Sapri |



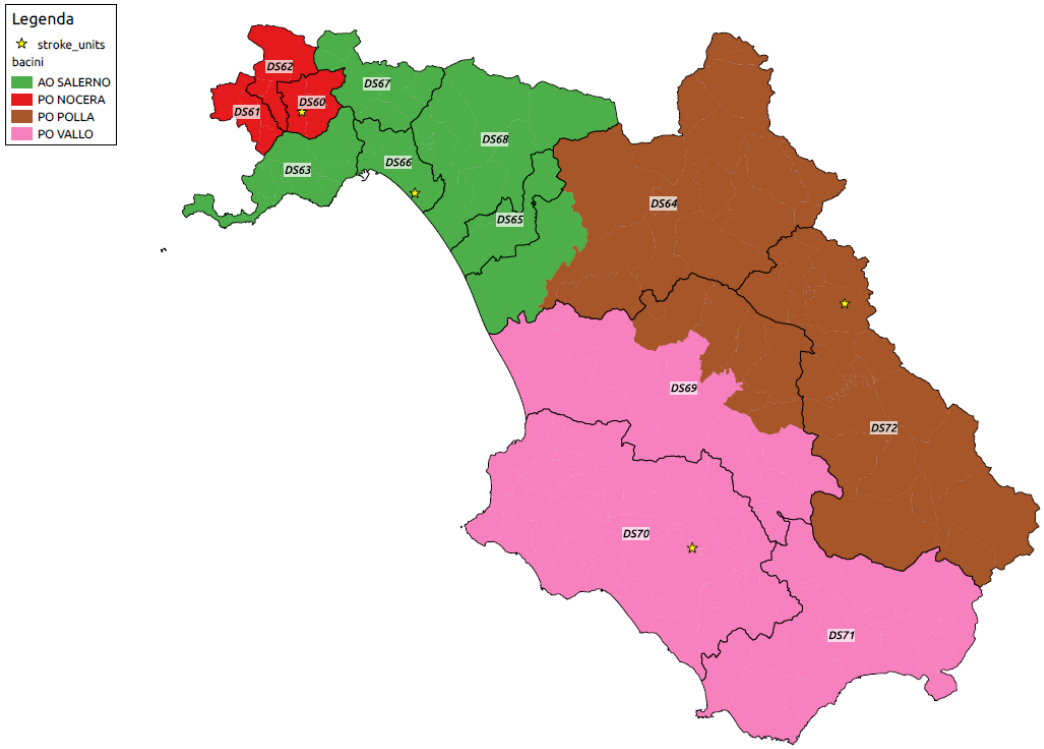
fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

*n. 54 del 16 Settembre 2019*

PARTE I Atti della Regione

***Provincia di Salerno***






fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

| | Prov | Distretto | Distretto località | B12 | B13 | B14 | B15 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | PO Nocera | AOU Ruggi | PO Polla | PO Vallo d/L |
| REGIME | | | | 278.009 | 501.011 | 135.285 | 190.426 |
| | SA | 60 | Nocera Inferiore | 93.000 | | | |
| | SA | 61 | Angri/Scafati | 96.327 | | | |
| | SA | 62 | Sarno/Pagani | 88.682 | | | |
| | SA | 63 | Cava/Costa d'Amalfi | | 93.224 | | |
| | SA | 66 | Salerno | | 145.802 | | |
| | SA | 67 | Mercato San Severino | | 70.343 | | |
| | SA | 68 | Giffoni Valle Piana | | 80.219 | | |
| | SA | 64 | Eboli (Comune di Eboli) | | 40.146 | | |
| | SA | 64 | Eboli (altri Comuni) | | | 63.042 | |
| | SA | 65 | Battipaglia | | 71.277 | | |
| | SA | 69 | Capaccio Roccadaspide | | | 5.639 | 49.711 |
| | SA | 72 | Sala Consilina/Polla | | | 66.604 | |
| | SA | 70 | Vallo della Lucania | | | | 96.313 |
| | SA | 71 | Sapri | | | | 44.402 |

| | Prov | Distretto | Distretto località | B12 | B13 | B14 | B15 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | PO Nocera | AOU Ruggi | PO Polla | PO Vallo d/L |
| PRIMA APPLICAZIONE | | | | 387.440 | 501.011 | 135.285 | 190.426 |
| | SA | 60 | Nocera Inferiore | 93.000 | | | |
| | SA | 61 | Angri/Scafati | 96.327 | | | |
| | SA | 62 | Sarno/Pagani | 88.682 | | | |
| | SA | 63 | Cava/Costa d'Amalfi | | 93.224 | | |
| | SA | 66 | Salerno | | 145.802 | | |
| | SA | 67 | Mercato San Severino | | 70.343 | | |
| | SA | 68 | Giffoni Valle Piana | | 80.219 | | |
| | SA | 64 | Eboli (Comune di Eboli) | | 40.146 | | |
| | SA | 64 | Eboli (altri Comuni) | | | 63.042 | |
| | SA | 65 | Battipaglia | | 71.277 | | |
| | SA | 69 | Capaccio Roccadaspide | | | 5.639 | 49.711 |
| | SA | 72 | Sala Consilina/Polla | | | 66.604 | |
| | SA | 70 | Vallo della Lucania | | | | 96.313 |
| | SA | 71 | Sapri | | | | 44.402 |
| | NA | 58 | Pompei | 109.431 | | | |



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA n. 54 del 16 Settembre 2019 PARTE I Atti della Regione

| | Bacino B12 | |
|---|---|---|
| REGIME | Stroke Unit I Livello | P.O. Umberto I - Nocera Inf. |
| | Stroke Unit II Livello di riferimento | A.O.U. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona |
| | Percorrenza media stimata SU1L > SU2L | 30' |
| | Abitanti | 278.009 |
| | Estensione territoriale (Kmq) | 168,47 |
| | Distretti sanitari | 3 |
| | Comuni | 12 |
| | Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| | ≤ 30' | 100,00% |
| | 30 ÷ 60' | 0,00% |
| | > 60' | 0,00% |
| | | |
| PRIMA APPLICAZIONE | Abitanti | 278.009 |
| | Estensione territoriale (Kmq) | 254,42 |
| | Distretti sanitari | 4 |
| | Comuni | 20 |
| | Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| | ≤ 30' | 100,00% |
| | 30 ÷ 60' | 0,00% |
| | > 60' | 0,00% |
| | Il territorio del DS58 appartenenti al Bacino NA11, si aggrega all'Ospedale Umberto I di Nocera Inf., in supplenza per la mancanza di SU nell'area Stabiese. | |

| Bacino B13 | |
|---|---|
| Stroke Unit II Livello | A.O.U. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona |
| Abitanti | 501.011 |
| Estensione territoriale (Kmq) | 896,25 |
| Distretti sanitari | 6 |
| Comuni | 35 |
| Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| ≤ 30' | 92,10% |
| 30 ÷ 60' | 6,40% |
| > 60' | 1,50% |

| Bacino B14 | |
|---|---|
| Stroke Unit I Livello | P.O. Luigi Curto - Polla |
| Stroke Unit II Livello di riferimento | A.O.U. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona |
| Percorrenza media stimata SU1L > SU2L | 44' |
| Abitanti | 129.646 |
| Estensione territoriale (Kmq) | 1.879,10 |
| Distretti sanitari | 3 |
| Comuni | 43 |
| Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| ≤ 30' | 71,60% |
| 30 ÷ 60' | 28,40% |
| > 60' | 0,00% |



fonte: http://burc.regione.campania.it

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA
n. 54 del 16 Settembre 2019
PARTE I Atti della Regione

| Bacino B15 | |
|---|---|
| Stroke Unit I Livello | P.O. San Luca - Vallo d/Lucania |
| Stroke Unit II Livello di riferimento | A.O.U. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona |
| Percorrenza media stimata SU1L > SU2L | 76' |
| Abitanti | 190.426 |
| Estensione territoriale (Kmq) | 2.010,25 |
| Distretti sanitari | 3 |
| Comuni | 68 |
| Copertura della popolazione per tempi di percorrenza stimati (± 10%) | |
| ≤ 30' | 43,70% |
| 30 ÷ 60' | 53,80% |
| > 60' | 2,50% |



fonte: http://burc.regione.campania.it

## ***Rete* STROKE – INDICATORI**

| LIVELLO | INDICATORE | DEFINIZIONE | FONTE | STANDARD | DIMENSIONE |
|---|---|---|---|---|---|
| I | Mortalità a trenta giorni dal ricovero per ictus ischemico | Numero di decessi entro 30 giorni dal ricovero per ictus ischemico/Numero totale di ricoveri per ictus ischemico | PNE | | efficienza / appropriatezza |
| I | Proporzione di pazienti con ictus dimessi verso strutture di riabilitazione | Numero di pazienti con ictus dimessi verso strutture di riabilitazione/numero di pazienti ricoverati con ictus (esclusi i deceduti) | SDO | 100% | efficienza/ appropriatezza |
| I | Riammissioni ospedaliere a 30 giorni dal trattamento per ictus ischemico | Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus seguiti entro 30 giorni dalla data di dimis- sione da almeno un ricovero ospedaliero ordinario per acuti/ numero di ricoveri con ictus | PNE | | efficienza/ appropriatezza |
| I | Terapia d'urgenza: Proporzio- ne di pazienti che ricevono terapia trombolitica sistemica | Numero di pazienti con ictus che ricevono terapia tromboliti- ca sistemica/numero di pazienti con ictus eleggibili per terapia trombolitica sistemica | SDO EMUR | 100% | efficienza/ appropriatezza |

*(fonte AGENAS)*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| I | Proporzione di pazienti che effettuano una TAC oltre 60' dall'accesso in PS | Numero di pazienti con ictus che effettuano una TAC oltre 60' dall'accesso in PS/numero di pazienti che accedono a PS per ictus | SDO EMUR | <5% | efficienza/ appropriatezza |
| I | Tempo di attesa per esecuzio- ne di una TAC | Tempo medio e mediano di attesa tra l'accesso in PS e l'esecuzione di una TAC | SDO EMUR | <30' | efficienza/ appropriatezza |
| I | Proporzione di pazienti con ictus inclusi nel programma riabilitativo Cod. 56 Cod. 75 | Numero di pazienti con ictus inclusi nel programma riabilita- tivo Cod. 56 Cod. 75 /numero di pazienti ricoverati con ictus (esclusi i deceduti) | SDO EMUR | 100% | efficienza/ appropriatezza |

*(fonte AGENAS)*

| | Sub ALLEGATO 4<br>RECORD TRACCIANTI PER LA PERFORMANCE DI *Rete* Stroke | SDO | EMUR | Stroke<br>PS *Rete* DB | ISTAT |
|---|---|---|---|---|---|
| | **IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE** | | | | |
| 1 | Codice Istituto di Cura | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 2 | Numero progressivo della Scheda SDO | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 3 | Codice Fiscale | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 4 | CUNI | ✓ | ✓ | | ✓ |
| 5 | Data di Nascita | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 6 | Sesso | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | **SETTING ASSISTENZIALE TERRITORIALE** | | | | |
| 7 | Centrale Operativa Territoriale (COT) | | ✓ | | |
| 8 | Codice Missione 118 / N° Intervento § | | ✓ | | |
| | **SETTING ASSISTENZIALE PS** | | | | |
| 9 | Codice Istituto | | ✓ | | |
| 10 | Codice Identificativo accesso | | ✓ | | |
| 11 | Data di arrivo | | ✓ | | |
| 13 | Ora di arrivo | | ✓ | | |
| 14 | Modalità Arrivo | | ✓ | | |
| 15 | Responsabile Invio | | ✓ | | |
| 16 | Istituto Provenienza | | ✓ | | |
| 17 | Problema Principale riscontrato/percepito al Triage | | ✓ | | |
| 18 | Data di dimissione/trasferimento | | ✓ | | |
| 19 | Ora di dimissione/trasferimento | | ✓ | | |
| 20 | Esito trattamento | | ✓ | | |
| 21 | Reparto di ricovero | | ✓ | | |
| 22 | Progressivo in caso di ricovero | | ✓ | | |
| 23 | Prestazione Principale effettuata | | ✓ | | |
| 24 | Prestazione Secondaria effettuata | | ✓ | | |
| | **SETTING ASSISTENZIALE D.E.A.** | | | | |
| 25 | Codice Istituto di Cura | ✓ | | | |
| 26 | Numero progressivo della scheda SDO | ✓ | | | |
| 27 | Data di Ricovero | ✓ | | | |
| 28 | Ora di ricovero | ✓ | | | |
| 29 | Unità operativa di ammissione | ✓ | | | |
| 30 | Provenienza del paziente | ✓ | | | |

| | | SDO | EMUR | Stroke<br>PS *Rete* DB | ISTAT |
|---|---|---|---|---|---|
| 31 | Tipo di ricovero | ✓ | | | |
| 32 | Data Trasferimento | ✓ | | | |
| 33 | Ora Trasferimento | ✓ | | | |
| 34 | Unità Operativa Trasferimento | ✓ | | | |
| 35 | Unità operativa di dimissione | ✓ | | | |
| 36 | Data di dimissione o morte | ✓ | | | |
| 37 | Ora di dimissione o morte | ✓ | | | |
| 38 | Modalità di dimissione | ✓ | | | |
| 39 | Diagnosi principale di dimissione | ✓ | | | |
| 40 | Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero | ✓ | | | |
| 41 | Diagnosi secondarie di dimissione | ✓ | | | |
| 42 | Intervento Principale | ✓ | | | |
| 43 | Intervento Principale esterno | ✓ | | | |
| 44 | Data intervento principale | ✓ | | | |
| 45 | Ora inizio intervento principale | ✓ | | | |
| 46 | Identificativo Chirurgo intervento principale | ✓ | | | |
| 47 | Interventi secondari | ✓ | | | |
| 48 | Interventi secondari esterni | ✓ | | | |
| 49 | Data intervento secondario | ✓ | | | |
| 50 | Ora inizio intervento secondario | ✓ | | | |
| | **SETTING ASSISTENZIALE NEUROLOGICO** | | | | |
| 51 | Trombolisi data | | | ✓ | |
| 52 | Trombolisi ora | | | ✓ | |
| 53 | Controindicazioni alla trombolisi | | | ✓ | |
| 54 | NHISS grade | | | ✓ | |
| 55 | Data insorgenza sintomi | | | ✓ | |
| 56 | Ora insorgenza sintomi | | | ✓ | |
| 57 | Età | | | ✓ | |
| 58 | Procedura chirurgica effettuata | | | ✓ | |
| 59 | Consulenza di riabilitazione | | | ✓ | |
| 60 | Fast track | | | ✓ | |
| | **ANAGRAFICA REGIONALE** | | | | |
| 61 | Mortalità a 30 gg | | | | ✓ |

fonte: http://burc.regione.campania.it