

ti dalla risoluzione di alcune criticità a cui si pervenne proprio grazie alla metodologia LSS.

### Quali gli obiettivi ispiratori del progetto in corso?

L'introduzione di nuovi e costosi farmaci antifungini e la prossima registrazione di altri attivi, a fianco dei farmaci di impiego storico, impongono una migliore e più allargata discussione sulle più corrette prospettive di impiego. Nondimeno, i dati epidemiologici disponibili suggeriscono molta cautela nel ricorso a nuove opzioni terapeutiche in pazienti non effettivamente ad alto rischio di micosi sistemica.

Occorre, pertanto, definire una linea di condotta che consenta di identificare i gruppi di pazienti a rischio e di utilizzare al meglio l'eventuale profilassi o la *pre-emptive therapy*. È risaputo, infatti, che la diagnosi delle IFI (in particolare, aspergillosi invasiva ed altre infezioni da ifomiceti) presenta difficoltà per l'assenza, specialmente nelle fasi iniziali della malattia, di segni e sintomi significativi e per la scarsa specificità dei presidi diagnostici non invasivi.

Per questi motivi nel 2007 l'European Organization for Research in the Treatment of Cancer (EORTC) ha proposto un percorso diagnostico-terapeutico in considerazione dei diversi aspetti clinici e diagnostici presenti nei pazienti (l'ospite) e del trattamento da instaurare, adottando una classificazione che distingue l'infezione certa da quella probabile e da quella possibile. In considerazione di ciò, il trattamento delle infezioni fungine invasive (IFI), profilassi antifungina e terapia, deve essere instaurato in considerazione dei vari gradi di rischio dei pazienti.

Viceversa, nel sospetto clinico di IFI si impone un'immediata terapia empirica che deve tener conto delle informazioni epidemiologiche e della possibile eziologia fungina del paziente. Un trattamento presuntivo deve essere instaurato nell'infezione possibile, quello *'pre-emptive'* (pre-clinica) nell'infezione probabile, e quello mirato nell'infezione certa. Indispensabili sono le indagini radiologiche e di laboratorio per confermare o escludere la presenza di IFI.

In particolare, il laboratorio di microbiologia concorre nella definizione di IFI con metodiche non colturali (per esempio, galattomannano), mediante l'isolamento dell'agente fungino responsabile, la determinazione delle MIC degli agenti antifungini e il monitoraggio delle concentrazioni plasmatiche di questi agenti nei pazienti in terapia. In questa prospettiva, la metodologia del LSS, che, come è noto, fonda uno dei punti di forza sulla distinzione fra attività a valore aggiunto (VA) e quelle cosiddette a non valore aggiunto (NVA), nel prospettare un contenimento della variabilità dei processi assistenziali, può consentire di identificare i passaggi privi di valore che costituiscono un vero e proprio costo e come tali devono essere identificati e misurati al fine di ridurli e, quando possibile, eliminarli. ■ ML

## LOMBARDIA

### La rete ematologica lombarda: i vantaggi per i pazienti e per i professionisti

#### A colloquio con Annamaria Nosari

Dipartimento di Ematologia ed Oncologia

SC Ematologia, AO Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

#### La rete ematologica lombarda è un modello di riferimento nazionale. Ce ne descrive la genesi e l'organizzazione attuale?

La REL nasce nel febbraio 2008 per volere della giunta regionale lombarda con l'obiettivo di costruire una rete tra tutti i centri ospedalieri della Regione Lombardia impegnati nella cura delle malattie del sangue quali leucemie, linfomi, mielomi, anemie, piastrinopenie, patologie emorragiche e trombotiche. Alla luce dei nuovi scenari terapeutici particolarmente innovativi che si presentavano in quegli anni (anticorpi monoclonali, inibitori delle tirosinchinasi) sembrava opportuno costituire una rete che consentisse a tutti i cittadini lombardi pari opportunità di diagnosi e cura, e in particolare l'appropriatezza nell'uso delle nuove tipologie di farmaci che venivano messe a disposizione.

Il Network di Ematologia presenta una struttura organizzativa che comprende un Gruppo di coordinamento (Gruppo di Approfondimento Tecnico - GAT) e 11 Commissioni di lavoro per area tematica. Il GAT si è occupato in questi anni della progressiva implementazione della REL, con lo sviluppo di progetti innovativi per la realizzazione della rete di patologia, validando le iniziative organizzate o sostenute dalla REL ed eseguendo un accurato controllo e monitoraggio delle attività e dei risultati. Le commissioni, suddivise per area clinica (Terapie cellulari, Leucemie acute, Sindromi mielodisplastiche, Sindromi mieloproliferative croniche, Leucemia linfatica cronica, Linfomi, Mieloma, Emostasi trombotici e piastrinopenie) e per funzione tecnico-gestionale (Informatizzazione della Rete, Ospedalizzazione ematologica domiciliare, Qualità e risk management) si sono impegnate ad attivare archivi epidemiologici, definire percorsi diagnostico-terapeutici specifici per ambito di competenza, rivolti all'area dei professionisti REL, e percorsi informativi e educativi rivolti all'area dell'utenza REL; infine ogni commissione ha collaborato all'allestimento e manutenzione del sito web per il proprio ambito di competenza.

Attualmente i Centri afferenti alla rete sono 107, comprendono le 12 Divisioni specialistiche di Ematologia della Regione e tutte le altre strutture presenti sul territorio che si occupano di patologie ematologiche, quali reparti di Oncologia e Medicina Interna e Servizi trasfusionali presenti sia in Aziende ospedaliere che private accreditate.



### Quali sono i vantaggi concreti dell'esistenza di una rete per il paziente?

La REL ha lo scopo di garantire a tutti i cittadini, ovunque residenti, il trattamento più appropriato ed aggiornato per la loro malattia, includendo sia terapie innovative che procedure di cura ad alta complessità, quali i trapianti di cellule staminali autologhe ed allogeniche. Le strutture afferenti alla REL si differenziano in base ai diversi livelli di intensità assistenziale e terapeutica che possono offrire.

Le 12 Strutture Complesse di Ematologia sono in grado di effettuare tutte le fasi terapeutiche ed assistenziali comprendenti le terapie ad alte dosi e le procedure di trapianto.

A queste 12 strutture, dette di terzo livello, fanno riferimento gli altri Centri, qualora un loro paziente necessiti di terapie ad alta complessità. In conclusione, grazie alla rete ematologica ogni cittadino lombardo può accedere con tempestività e in completa sicurezza alle moderne modalità di cura per le malattie del sangue, qualunque il grado di complessità terapeutica richiesto dalla sua patologia.

### Quali invece i vantaggi per i professionisti coinvolti?

La REL, in quanto network di patologia, include tra i suoi obiettivi la diffusione delle conoscenze sia in ambito scientifico che gestionale. Pertanto si fa promotrice di convegni e corsi di aggiornamento su temi relativi alle patologie ematologiche, ai processi organizzativi in ambito sanitario e agli interventi di *clinical governance*, e partecipa attivamente ad incontri organizzati da altri soggetti istituzionali, al fine di presentare le modalità operative e i risultati della struttura in rete. Queste modalità e il lavoro costante nelle Commissioni, che includono professionisti dei diver-

si Centri, permettono ai professionisti stessi un costante scambio di conoscenze ed opinioni, e di formulare procedure da tutti condivise.

### In questo numero parliamo di infezioni fungine invasive. Qual è mediamente la loro incidenza nei reparti ematologici lombardi?

Non esistono dati sull'incidenza delle infezioni fungine invasive (IFI) nell'ematologia lombarda.

Esistono dati nazionali raccolti negli anni dal SEIFEM (Sorveglianza Epidemiologica Infezioni Fungine nelle Emopatie Maligne), che sostengono che la presenza delle micosi invasive è soprattutto appannaggio delle leucemie acute e dei trapianti di midollo allogenico, in cui costituisce una delle principali complicanze mortali. La mortalità per infezioni fungine è del 20-30% nelle leucemie acute e del 30-50% nel trapianto di midollo allogenico. È ovviamente interessante conoscere i dati epidemiologici del proprio territorio perché aiutano ad individuare specifici fattori di rischio di infezione fungina (climatici, inquinamento, etc); attualmente i 12 Centri di terzo livello hanno appena iniziato una raccolta dati di tipo epidemiologico per rispondere anche a queste domande.

### In che modo l'esistenza di una rete può migliorare la gestione delle IFI?

Sicuramente l'esistenza di una Rete che determini uniformità ed accuratezza degli interventi diagnostici e terapeutici aiuta a migliorare i dati di sopravvivenza, che comunque nelle patologie fungine sono in costante miglioramento, sia per l'avvento nell'ultimo decennio di nuovi farmaci antifungini efficaci, sia per il maggiore *expertise* nella diagnosi che gli specialisti ematologi hanno in questi anni affinato. La condivisione degli interventi permette una migliore valutazione dei risultati per una maggiore efficacia diagnostica e terapeutica.

### Per chiudere, cosa concretamente è stato fatto o sta facendo la rete nell'area delle IFI?

Oltre alla raccolta dei dati epidemiologici sulle infezioni batteriche, fungine e virali, la Commissione Leucemie Acute, che si occupa anche delle infezioni nel paziente ematologico, sta elaborando PDTA sia diagnostici che terapeutici relativi a queste patologie, che compariranno sul sito web della REL. Tali profili d'intervento faciliteranno gli ematologi lombardi nei procedimenti diagnostici in patologie in cui la diagnosi è complessa e negli interventi terapeutici, ottimizzandone risultati e costi. ■ ML