

**DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE
ASUR
N. DEL**

Oggetto: Attuazione DGRM 1345/2013; DGRM 1219/2014; DGRM 665/2015; DGRM 666/2015; DGRM 541/2015; Reti cliniche: attivazione

**IL DIRETTORE GENERALE
ASUR**

- - - -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, del Direttore della Integrazione Socio Sanitaria, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

- D E T E R M I N A -

1. di recepire l'allegato documento istruttorio le cui motivazioni si intendono integralmente richiamate e trascritte e per l'effetto, in ottemperanza a quanto disposto con determina DGRM n. 1345/2013, DGR 1219/2014, DGRM 665/2015, procedere all'approvazione del riassetto organizzativo delle Reti Cliniche dell'ASUR;
2. di dare atto e adottare gli elaborati allegati alla presente Determina sub 1), sub 2), sub 3); sub 4), sub 5), sub 6), sub 7), sub 8), sub 9), sub 10), sub 11), di seguito riepilogati nei quali sono contenute le motivazioni a supporto del riassetto organizzativo delle Reti Cliniche dell'ASUR:

- ✓ **Allegato 1: AZIONI PREVISTE PER LO STEMI**
- ✓ **Allegato 2: CENTRALIZZAZIONE SECONDO LE LINEE GUIDA DELLA SOCIETÀ DI CH. VASCOLARE E PROPOSTA ORGANIZZATIVA ASUR**
- ✓ **Allegato 3: PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO**
- ✓ **Allegato 4: RETE VULNOLOGIA ASUR**
- ✓ **Allegato 5: ORGANIZZAZIONE RETE DEI LABORATORI**

- ✓ **Allegato 6: ORGANIZZAZIONE TRAUMATOLOGIA DELLA MANO IN INTEGRAZIONE CON AOU OSPEDALI RIUNITI**
 - ✓ **Allegato 7: ORGANIZZAZIONE PRESA IN CARICO PAZIENTI CON STROKE**
 - ✓ **Allegato 8: ORGANIZZAZIONE RETE NEUROCHIRURGICA**
 - ✓ **Allegato 9: RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE**
 - ✓ **Allegato 10: PROTOCOLLO STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO RETE TERAPIE INTENSIVE**
 - ✓ **Allegato 11: RETE DEA, PRONTO SOCCORSO, CO 118**
3. di dare atto che dalla presente determina non derivano costi aggiuntivi per il Bilancio di esercizio dell'anno 2015 e che per l'anno 2016 eventuali costi aggiuntivi dovranno essere previsti nei budget delle Aree Vaste interessate alla riorganizzazione;
 4. di trasmettere la presente determina al Dirigente del Servizio Sanità per ogni consequenziale valutazione di coerenza rispetto alla programmazione regionale;
 5. di trasmettere altresì il presente atto:
 - ai Direttori delle Aree Vaste per ogni seguito e adempimento operativo di competenza da adottare in conformità alle decisioni assunte con la presente determina e nel rispetto dei percorsi necessari a garantire la tutela della salute;
 - all'Assessore alla Sanità e Servizi Sociali;
 - alla PO Assistenza Ospedaliera dell'Agenzia Sanitaria Regionale;
 6. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
 7. di dichiarare che il presente atto non è soggetto al controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico, a norma dell'art. 28 L.R. 26/96, come sostituito dall'art. 1 della L.R. 36/2013.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dot. Pierluigi Ciglicci

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr. ssa Nadia Storti

**IL RESPONSABILE DELL'INTEGRAZIONE
SOCIQ SANITARIA**

Dr. Giovanni Feliziani

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Alessandro Marini

La presente determina consta di n. 240 pagine di cui n. 210 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

(STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA)

1. RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI

- ✓ **Legge 135/2012:** "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"
- ✓ **DGR 1696/2012** Direttiva vincolante per i direttori generali delle Aziende del servizio sanitario regionale per l'attuazione della legge 135/2012
- ✓ **Determina DG ASUR 639/2012** con la quale sono stati definiti i Piani di Area Vasta
- ✓ **DGR 1403/2012:** "Individuazione dei Distretti dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale ai sensi dell'art. 30, comma 2, della Legge Regionale 01/08/2011 n. 17"
- ✓ **DGR 478/2013** Individuazione del numero di presidi ospedalieri per Area Vasta
- ✓ **DGR 551/2013 Articolo 12, lettera b) Patto per la Salute 2010-2012.** Definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del Servizio Sanitario regionale in esecuzione della deliberazione della Giunta regionale n. 1696/2012
- ✓ **DGR 735/2013:** "Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012"
- ✓ **DGR 826/2013:** "Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza_Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012. Modifiche ed integrazioni"
- ✓ **DGR 920/2013:** "L.R. n. 36/98 - Individuazione del numero, tipologia, dislocazione e disponibilità oraria delle Potes nel territorio regionale"

- ✓ **DGR 1200/2013:** "Art. 3 l.r. n. 20/2001, artt. 5, 2° comma, 1° periodo e 6, comma 3, l.r. n. 36/1998, art. 6, comma 2, l.r. n. 13/2003 - Disposizioni per la riorganizzazione territoriale del sistema di allarme sanitario"
- ✓ **Legge Regionale n.17** del 9 luglio 2013 ha apportato modifiche alla Legge Regionale n.36 del 30 Ottobre 1998 istituendo i Punti di Primo Intervento Territoriale
- ✓ **DGR 1287/2013:** "Indirizzi all'ASUR per l'adeguamento dei Dipartimenti di Prevenzione alla L.R. 20 giugno 2003 n. 13"
- ✓ **DGR 1345/2013:** "Riordino delle Reti Cliniche della Regione Marche"
- ✓ **DGR 1219/2014:** "Modifica della Deliberazione n. 1345 del 30/9/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n 551 del 17/4/2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR"
- ✓ **DGR 452/2014** "Linee guida per l'organizzazione funzionale delle Case della salute. Approvazione"
- ✓ **DGR 960/2014** "Regolamentazione Cure Intermedie. Approvazione"
- ✓ **Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70:** "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".
- ✓ **DGRM n. 541/2015** recepimento del DM n. 70/2015, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"

A queste vanno aggiunte disposizioni specifiche di settore quali

- ✓ **Accordo approvato dalla Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010 concernente** " Linee di indirizzo per la Promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo "
- ✓ **DGR 1088/2011 "recepimento dell'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010 concernente** " Linee di indirizzo per la Promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"
- ✓ **DGR 1405/ 2011 " Modifiche ed integrazioni della DGR 25 luglio 2011, n.1088 avente come oggetto approvato dalla Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010 concernente** " Linee di indirizzo per la Promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesario"

2. MOTIVAZIONI

La regione Marche, in considerazione della produzione sanitaria storica e sulla base **dei volume minimi indicati dall'Agenas, inseriti nella cosiddetta "bozza del decreto Balduzzi"**, ha ridisegnato il modello delle reti cliniche con le DGRM 1345/2013 e 1219/2014 e ha dato mandato alle Aziende del SSR di attuarle.

Con specifici atti ha normato la riduzione della frammentazione della rete di offerta ospedaliera; ha definite le modalità di riduzione dei Punti Nascita in considerazione della necessità di garantire nelle strutture dedicate i requisiti strutturali, organizzativi, di personale e di volumi previsti dall'accreditamento e norme di settore.

La DGRM 665/2015 ha assegnato gli obiettivi alle Aziende del SSR, tra questi l'attuazione entro il 31/12/2015 del 35% delle reti cliniche previste nella DGRM 1345/2013 e DGRM 1219/2014.

A tal fine sono state individuate le reti di maggiore rilievo sanitario, all'interno delle quali è stata data priorità alle patologie tempo-dipendenti. Sono state considerate, inoltre, quelle reti per le quali la citata DGRM 665/2015 ne prevedeva uno specifico obiettivo (Percorso nascita, laboratori analisi, Dipartimenti di Prevenzione, Presidio Unico di Area Vasta).

Considerato che nel corso dell'anno è stato emanato il D.M. n. 70 del 02/04/2015, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", che ha recepito quanto riportato nella cosiddetta "bozza del decreto Balduzzi", si è provveduto a comparare il modello regionale delle reti cliniche con quanto previsto nel citato decreto.

Nella tabella seguente si riporta un confronto tra le reti previste dal D.M. n°70 del 02/04/2015 e la strutturazione prevista per la Regione Marche delle singole reti DGRM 1345/13 e DGRM 1219/14.

DECRETO STANDARD OSPEDALIERI	NORMATIVA REGIONALE (DGRM 1345/13 e DGRM 1219/14)
rete infarto	DGRM 1345/13 e DGRM 1219/14: rete cardiologica (1SOC AOU, 1 SOC AMN, 1 SOC+1SOSD riabilitativa a Fermo per INRCA, 10 SOCper ASUR: 7 con degenza integrata PL Terapia intensiva e sub intensiva di cui 1 in AV1, 2 in AV2, 2 in AV3, 1 in AV4 e 1 in AV5; 3 ad indirizzo riabilitativo 1 in AV2, 1 in AV3 e 1 in AV5) + emodinamica (1 SOS AOU, 1 SOC AMN e 2 sedi ASUR con attività H24: 1 in AV3 e 1 in AV5) + aritmologia [1 SOC AOU per procedure selezionate di elevata complessità, 1 AMN in AFO e 2 per ASUR (1 in AV2 e 1 in AV3) all'interno della SOC di Cardiologia].
rete ictus	DGRM 1345/13 E 1219/14: rete neurologica [1 SOC AOU, 1 SOC AMN, 1 SOC INRCA, 5 SOC ASUR di cui 2 con STROKE UNIT e 2 con STROKE TEAM (2 in AV2, 1 in AV3, AV4 e AV5). Nell'AV2 1 SOC a indirizzo malattie neurologiche degenerative. Nell'AV3 e AV4 possibilità di avviare il percorso STROKE UNIT 1 LIVELLO]
rete traumatologica	DGRM 1345/13 E 1219/14: ortopedia ambito traumatologico [1 SOC AOU, 1 SOC e 1 SOSD AMN, 10 sedi ASUR (1 in AV1, 3 in AV2, 3 in AV3, 1 in AV4 e 2 in AV5)]

rete neonatologica e punti nascita	DGRM 1345/13 E 1219/14: punti nascita/ostetricia [1 SOC AOU, 1 SOC AMN, 5 SOC ASUR di cui 1 per AV)+ neonatologia (1 SOC II livello AOU, 1 SOC Ib AMN, 4 SOC Ib ASUR (senza struttura autonoma ma integrate nella pediatria) di cui 1 AV2, 1 in AV3, 1 in AV4 e 1 in AV5. Restanti punti nascita ASUR 1a]
rete medicine specialistiche	DGRM 1345/13 E 1219/14: rete dermatologica; medicina interna; LPA; reti chirurgiche; rete gastroenterologica; rete pneumologica; nefrologia; urologia....
rete oncologica	DGRM 1345/13 E 1219/14: oncologia (1 SOC AOU, 2 SOC AMN 5 SOC ASUR con PL di tipo DH in AFO medica. Chemioterapia anche nelle sedi dei 5 POU senza SOC) + ematologia (1 SOC AOU, 1 SOC AMN, 2 sedi ASUR di cui 1 in AV3 in AFO e 1 in AV5) + oncoematologia pediatrica (1 SOS AOU) + radioterapia (1 SOC AOU per brachiterapia, 1 SOC AMN e 1 SOC ASUR con 2 sedi di erogazione con attività distribuita almeno su 2 turni al giorno) + oncologia tiroide e gh. endocrine (1 in AFO AOU in Chir gen, 1 in AFO AMN in Chir gen, 1 in AFO INRCA/OSIMO e 4 in AFO per ASUR)
rete pediatrica	DGRM 1345/13 E 1219/14: pediatria (2 SOC AOU, 1 SOC AMN, 6 SOC ASUR di cui 1 per AV1, 3, 4 e 5 e 2 per AV2.)
rete trapiantologica	DGRM 1345/13 E 1219/14: rete trapianti (1SOC AOU)
rete terapia del dolore	DGRM 1345/13 e 1219/14 e 325/15: strutturazione rete con 1 HUB regionale in AV3 e spoke almeno 1 per AV
rete malattie rare	DGRM 1345/13 E 1219/14: rete malattie rare (1SOS AOU, ASUR individua spoke nelle pediatrie e nei servizi territoriali, AMN centro di riferimento screening neonatale. PO AV3 riferimento per quanto previsto dalla DGRM1031/06

Inoltre nel Decreto Ministeriale si riportano requisiti specifici per le reti definite "tempo dipendenti" che di seguito vengono riportati:

✓ **Rete per le emergenze cardiologiche**

"... I documenti di consenso delle Società scientifiche e la Società Europea di Cardiologia sottolineano come, per la gestione ottimale del paziente con infarto miocardico acuto (IMA), sia necessario un modello organizzativo coordinato di assistenza territoriale in rete.

La rete per l'infarto miocardico acuto (IMA) rappresenta, pertanto, l'attuale standard di cura per l'infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI).

La rete rappresenta il sistema organizzativo per la gestione dell'emergenza IMA, che integra i sistemi di intervento di emergenza-urgenza con il territorio e con ospedali a diversa complessità assistenziale, la cui interconnessione è assicurata da un adeguato sistema di trasporto.

La rete ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con STEMI pari opportunità di accesso alle procedure salvavita di riperfusione coronarica, adottando strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente e dall'altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili.

Le principali finalità sono:

- ottenere il numero più elevato possibile di riperfusioni coronariche nell'IMA attraverso l'utilizzo di angioplastica coronarica o trombolisi;
- assicurare al paziente il sistema di riperfusione più efficace, disponibile su tutto il territorio regionale;
- assicurare il trattamento interventistico con angioplastica al maggior numero di pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno ed a più alto rischio ed ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi;
- ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione elettrocardiografica a distanza, in primis, da parte del 118;
- migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;
- razionalizzare l'impiego delle risorse.

Il modello organizzativo adottato è quello di una rete di intervento territoriale imperniato sul Servizio di Emergenza del 118 cui si affianca una rete inter-ospedaliera coordinata, di tipo hub and spoke, con adeguamento agli standard previsti, ovvero una unità di emodinamica per un bacino di utenza di 300.000 - 600.000 abitanti.

Questo modello è già consolidato in numerose realtà italiane ed è suggerito dal documento di consenso delle Società scientifiche italiane di Cardiologia. Si tratta di una rete di intervento che parte dal territorio e si coniuga efficacemente con un'organizzazione inter-ospedaliera, applicando protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi differenziati (diretti, intra-ed inter-ospedalieri) concordati, utilizzando servizi ed ospedali con funzioni differenziate per livelli di competenza e di risorse e valorizzando l'importanza e la "pari dignità" di ogni ruolo e di ogni intervento..."

✓ **Rete per il Trauma**

"... Al fine di ridurre i decessi evitabili è necessario attivare un Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT), costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate, sulla base delle risorse e delle competenze disponibili, in: Presidi di pronto soccorso per traumi (PST), Centri traumi di zona (CTZ), Centri traumi di alta specializzazione (CTS).

Tale classificazione si basa sul modello di rete integrata "hub and spoke", che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (hub), fortemente integrati con i centri periferici (spoke). Sono integrati, inoltre, con centri che svolgono funzioni particolarmente specifiche, concentrate in un unico Centro regionale o in centri sovra-regionali: Centro Grandi Ustionati, Unità Spinali Unipolari e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Centro per il Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveneni.

Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST): si colloca in un ospedale con pronto soccorso generale e garantisce, prima d'un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria.

Centro traumi di zona (CTZ): si colloca in una struttura sede di DEA (I o II livello) e garantisce h.24, il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità. Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Personale addestrato alla gestione del trauma;
- Area attrezzata di accettazione per il trauma (shock room), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie;

- Chirurgia generale;
- Anestesia e Rianimazione;
- Medicina d'urgenza;
- Ortopedia;
- Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di teleconsulenza previste nell'ambito del SIAT;
- Laboratorio d'urgenza e Centro trasfusionale;
- Due sale operatorie contigue multifunzionali, per interventi di Chirurgia generale d'urgenza, Chirurgia ortopedica e eventuali interventi connessi con il trattamento del traumatizzato.

Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS): ha un bacino di utenza ottimale di 2.000.000-4.000.000 di abitanti e, laddove non si raggiunga, devono essere realizzate aggregazioni che coinvolgono più Regioni. Deve registrare un volume di attività per trauma di almeno 400-500 casi/anno e una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata.

Afferisce anche funzionalmente ad una struttura sede di DEA di II livello con Team del Dipartimento di Emergenza-urgenza dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST). Identifica e tratta sulle 24 ore, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantisce le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche, svolte in centri regionali/sovra regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveneni).

Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Sala di emergenza con possibilità in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici
- T.A.C., angiografia interventistica nelle immediate adiacenze
- Sale operatorie h.24

Attivazione sulle 24 ore della Chirurgia di controllo del danno, c.d. Damage Control Surgery

Medicina d'Urgenza

- Chirurgia Generale e d'Urgenza
- Anestesia-Rianimazione
- Rianimazione pediatrica, laddove prevista l'accettazione pediatrica
- Ortopedia
- Neurochirurgia
- Radiologia con possibilità interventistica
- Laboratorio e Centro trasfusionale

Inoltre devono essere presenti specialità quali cardiocirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica e previste (anche con accordi interaziendali) le funzioni di: urologia, neurologia ed elettrofisiologia, chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Chirurgia pediatrica, chirurgia vertebrale, endoscopia digestiva e broncoscopia, cardiologia, nefrologia e dialisi, diabetologia. ..."

✓ **Rete per l'ictus**

"... Per garantire il miglior approccio alle problematiche dell'ictus e pervenire ad una presa in carico complessiva del paziente, si individua un percorso che prevede 3 fasi:

- fase pre-ospedaliera
- fase ospedaliera
- fase post-ospedaliera

Vengono in questo decreto definiti gli standard delle Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus (Stroke unit) e le strutture dedicate alla gestione dei pazienti con ictus cerebrale acuto, prevedendo 2 livelli.

Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d. Stroke Unit (SU) di I livello o area stroke

Sono necessarie per rispondere diffusamente, a livello territoriale, al fabbisogno di ricovero e cura della maggior parte dei pazienti con ictus cerebrale. Si caratterizzano per la presenza, in area di degenza specializzata per pazienti con ictus, dei seguenti standard:

- Competenze multidisciplinari incluse o presenti nella struttura
- Un neurologo dedicato e Personale infermieristico dedicato
- Almeno un posto letto con monitoraggio continuo
- Riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale)
- Terapia fibrinolitica endovenosa
- Pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico)
- Disponibilità h.24 di Tomografia computerizzata (TC) cerebrale e/o angio-TC con apparecchio volumetrico multistrato ad almeno 16 strati e/o Risonanza magnetica (RM) encefalo, Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), angio-RM
- Diagnostica neurosonologica epiaortica e intracranica, ecodoppler dei tronchi sovra-aortici (TSA) ed ecocardiografia
- Collegamento operativo con le Stroke Unit di II livello per invio immagini e consultazione collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità,.."

Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d Stroke Unit di II livello.

"... La Stroke Unit di II livello deve trattare almeno 500 casi/anno di ictus e, oltre a quanto previsto per le Stroke Unit di I livello, deve garantire i seguenti standard:

- Personale dedicato h.24
 - Neuroradiologia h.24 con TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale.
- Apparecchio da 1,5 Tesla per Risonanza magnetica (RM), Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), Risonanza magnetica con immagini pesate in perfusione (RM-PWI) e angio-RM con pacchetto a rapida effettuazione
- Interventistica endovascolare con camera con angiografo digitale con arco a C e con Flat Panel h.24
 - Neurochirurgia h.24
 - Chirurgia vascolare h.24
 - Angiografia cerebrale
 - Fibrinolisi intra-arteriosa (urgenza), trombectomia meccanica (urgenza), stent extra- e intracranico,
 - Embolizzazione di malformazioni artero-venose, aneurismi, endoarteriectomia (urgenza)
 - Craniotomia decompressiva
 - Clipping degli aneurismi ..."

1. PERCORSO DI ATTUAZIONE DELLA DGRM 1345/13 E DGRM 1219/14

Il percorso di implementazione della normativa regionale sulle Reti Cliniche si è realizzato attraverso l'istituzione di gruppi di lavoro per le diverse reti e con il coinvolgimento di un elevato numero di professionisti ASUR e delle altre Aziende del SSR, che hanno predisposto un documento tecnico condiviso in data 14/12/2015. Per ogni gruppo di lavoro si sono confrontati professionisti con diverse specializzazioni ed esperienze, permettendo in questo modo una valutazione multidisciplinare e compiuta. Nel corso delle riunioni intraaziendali, in ambito Asur, e interaziendali, con altri enti del SSR, sono stati:

- Individuati i percorsi prioritari da implementare,
- Valutate le modalità di integrazione a rete,
- Definite le attività/funzioni da centralizzare,
- Concordata la tipologia di committenza ASUR-AA.OO;
- Definiti i gruppi di monitoraggio e gli indicatori per i percorsi clinico-assistenziali,
- Valutate e condivise le *best practice* e i protocolli avviati e/o in fase di sperimentazione,
- Definite le principali criticità specifiche della disciplina.

I professionisti hanno prodotto protocolli e linee guida, hanno individuato le sedi nelle quali dovranno essere erogate le diverse prestazioni e la tipologia di personale coinvolto; sono stati valutati anche gli aspetti strutturali e organizzativi tenendo conto della presenza di U.O.C. (Unità Operative Complesse) o U.O.S. (Unità Operative Semplici) relative alle diverse reti.

Il lavoro dei vari tavoli tecnici, rielaborati e sintetizzati in specifiche tabelle, è stato presentato alle Conferenze dei Sindaci delle Area Vaste nelle seguenti date:

AV1: 24 settembre 2015;
AV2: 27 agosto 2015;
AV3: 11 settembre 2015;
AV4: 9 settembre 2015;
AV5: 2 settembre 2015;

AV1: 10 novembre 2015;
AV2: 11 novembre 2015;
AV3: 13 novembre 2015;
AV4: 9 novembre 2015;
AV5: 3 novembre 2015.

Al fine di presentare i risultati dei lavori a tutti i professionisti interessati, anche quelli che non avevano partecipato ai gruppi, sono state organizzate delle consensus conference, nelle giornate 14 e 15 dicembre 2015.

Le stesse risultanze sono state valutate e condivise con le Direzioni Sanitarie delle altre aziende del SSR, sottoscrivendo uno specifico documento.

Di seguito si elencano gli obiettivi, le attività per le Reti attivate e da avviare e il gruppo di coordinamento e monitoraggio previsto per ogni specifica rete. Le Direzioni di Area Vasta procederanno alla loro realizzazione e, ove necessario, alla implementazione delle stesse.

3. OBIETTIVI E ATTIVITA' RETI CLINICHE

I. RETE CARDIOLOGICA (IMA, ARITMIE)

La necessità di dare una risposta omogenea e idonea a tutti i cittadini ha indotto i tecnici individuati a lavorare a questa rete, a verificare lo stato di fatto nella Regione, a valutare le risorse presenti, le EBM – profili e linee guida delle società scientifiche, la possibilità in tempi brevi di implementare alcune attività (es. emodinamica) e a sintetizzare le azioni da mettere in atto.

OBIETTIVO (a)

- Revisione Percorso Diagnostico Terapeutico (PDTA) dell'Infarto miocardico acuto (IMA),
 - con arresto totale del flusso (STEMI)
 - con arresto parziale del flusso (non STEMI)

AZIONI PREVISTE PER LO STEMI (*Allegato 1*)

- Analisi delle criticità del percorso e necessarie soluzioni;
- Implementazione rete trasmissione dati 118-UTIC-emodinamica.

La rete regionale per l'IMA è stata ridisegnata nel modo rappresentato nelle successive tabelle: nella prima vengono individuati gli Hub in caso di trasporto secondario, nella seconda nei casi di trasporto primario dal parte del 118

PRESIDIO	STABILIMENTO	SEDE	STATO FUTURO
AV1	OSP. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	URBINO	CENTRALIZZAZIONE AMN
	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO	PERGOLA	CENTRALIZZAZIONE AMN
AV2	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4	SENIGALLIA	CENTRALIZZAZIONE AOU
	OSPEDALE "CARLO URBANI"	JESI	CENTRALIZZAZIONE AOU
	OSPEDALE SS. BENVENUTO E ROCCO	OSIMO	CENTRALIZZAZIONE AOU
	OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"	FABRIANO	CENTRALIZZAZIONE AOU
AV3	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	CIVITANOVA	CENTRALIZZAZIONE MC
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	MACERATA	CENTRALIZZAZIONE MC

	OSPEDALE S. MARIA DELLA PIETA'	CAMERINO	CENTRALIZZAZIONE MC
	OSPEDALE B. EUSTACCHIO	SAN SEVERINO MARCHE	CENTRALIZZAZIONE MC
AV4	OSPEDALE DI FERMO	FERMO	CENTRALIZZAZIONE ASCOLI/ANCONA
	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II	AMANDOLA	CENTRALIZZAZIONE ASCOLI/ANCONA
AV5	MADONNA DEL SOCCORSO	SAN BENEDETTO	CENTRALIZZAZIONE ASCOLI
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI	ASCOLI	CENTRALIZZAZIONE ASCOLI

AV 1	Laboratorio di angioplastica di riferimento h 24 AO Marche Nord
AV 2	Laboratorio di angioplastica di riferimento h 24 AOU Ospedali Riuniti di Ancona
AV 3	Laboratorio di angioplastica di riferimento h 24 S. Ospedaliero di Macerata
AV 4	Laboratorio di angioplastica di riferimento h 24 S. Ospedaliero Ascoli Piceno / AOU Ospedali Riuniti di Ancona secondo disponibilità a gravità
AV 5	Laboratorio di angioplastica di riferimento h 24 S. Ospedaliero Ascoli Piceno

OBIETTIVO (b)

- Centralizzazione estrazione cateteri, ablazioni tachicardia ventricolare e procedure con possibile intervento cardiocirurgico.

AZIONI

- Effettuata analisi di attività delle UU.OO. relativamente alle procedure di elettrofisiologia sulla base dei dati SDO.

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO ASUR + coordinatore
 Direttore o suo delegato cardiologia ASUR
 Direttore o suo delegato cardiologia INRCA
 Direttore o suo delegato cardiologia AMN
 Direttore o suo delegato cardiologia AOR

II. RETE CHIRURGIA VASCOLARE, RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

Le patologie cardiocerebrovascolari sono la prima causa di morte e di invalidità in Italia. In questo ambito le malattie vascolari periferiche rappresentano una causa importante diretta e indiretta di mortalità e invalidità, essendo fortemente correlate alle altrettanto diffuse patologie cardiache e cerebrovascolari. Nella Regione Marche, esiste una sola S.O.C. di chirurgia vascolare presso l'AOR e attività specialistiche all'interno delle AMN e INRCA, nonché nelle chirurgie generali dell'ASUR. Con il gruppo tecnico si sono studiati i criteri e le patologie da centralizzare e le attività che possono essere effettuate a livello periferico.

OBIETTIVI

- Progetto ASUR struttura unica chirurgia vascolare in ambito di AAVV 3,4,5;
- Condivisione di criteri per la definizione di interventi eseguibili presso ASUR con integrazione dell'equipe della S.O.D. Chirurgia Vascolare dell'AOU;
- Centralizzazione delle urgenze e della chirurgia di II livello presso AOU;
- Attività di base per AAVV ASUR, attività svolte dalle AMN e INRCA.

La rete della chirurgia vascolare viene così definita:

INTERVENTI IN ELEZIONE

Definizione di un pacchetto di prestazioni che consenta l'integrazione dei chirurghi vascolari, e gli esperti di chirurgia vascolare, nelle AV 3, 4 e 5 con l'equipe della UO Chirurgia vascolare dell'AOU che consenta l'accreditamento chirurgico delle equipe e riduca la mobilità passiva verso la stessa AO e fuori regione.

INTERVENTI IN URGENZA

Invio dei pazienti all'UO Chirurgia Vascolare di Ancona direttamente dai PS, quando le risorse locali non riescano a garantire l'urgenza.

Centralizzazione secondo le Linee guida della società di Chirurgia Vascolare e proposta organizzativa **(Allegato 2)**

III. RETE OSTETRICA E GINECOLOGIA

OBIETTIVO

- Definizione del protocollo per la gestione della gravidanza a basso rischio in ambito ospedaliero e consultoriale (**Allegato 3**)
- Gestione della donna gravida all'interno dei reparti di ostetricia e ginecologia.

ORGANIZZAZIONE PERCORSO GESTIONE GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

PRESIDIO	STABILIMENTO	SEDE	STATO FUTURO
AV1	OSP. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	URBINO	SI
AV2	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4	SENIGALLIA	SI
	OSPEDALE "CARLO URBANI"	JESI	SI
	OSPEDALE SS. BENVENUTO E ROCCO	OSIMO	SI
	OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"	FABRIANO	SI
AV3	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	CIVITANOVA	SI
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	MACERATA	SI
	OSPEDALE B. EUSTACCHIO	SAN SEVERINO MARCHE	SI
AV4	OSPEDALE DI FERMO	FERMO	SI
AV5	MADONNA DEL SOCCORSO	SAN BENEDETTO	SI
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI	ASCOLI	SI

OBIETTIVO

- Protocollo Sistema di trasporto Neonatale (STEN) e Sistema di trasporto Materno (STAM): monitoraggio della riorganizzazione e conduzione di AUDIT su eventi significativi.

UU.OO. PER LE QUALI E' PREVISTO AUDIT SU APPLICAZIONE PROTOCOLLO STAM/STEN.

PRESIDIO	STABILIMENTO	SEDE	STATO FUTURO
AV1	OSP. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	URBINO	SI
AV2	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4	SENIGALLIA	SI
	OSPEDALE "CARLO URBANI"	JESI	SI
	OSPEDALE SS. BENVENUTO E ROCCO	OSIMO	NO
	OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"	FABRIANO	NO
AV3	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	CIVITANOVA	SI
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	MACERATA	SI
	OSPEDALE B. EUSTACCHIO	SAN SEVERINO MARCHE	NO
AV4	OSPEDALE DI FERMO	FERMO	SI
AV5	MADONNA DEL SOCCORSO	SAN BENEDETTO	SI
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI	ASCOLI	SI

In tutte le sedi destinate alla sola gestione della gravidanza a basso rischio, si prevede il mantenimento dell'attività ambulatoriale ostetrico-ginecologica, che caratterizza il "Percorso di presa in carico della gravidanza fisiologica", con visite ostetriche, ecografie, prelievi, corso di preparazione al parto, oltre ad attività medica e chirurgica ginecologica. In prossimità della scadenza della gravidanza, il prericovero verrà organizzato nella sede idonea prescelta dalla gestante, ove si prevede l'espletamento del parto, con un totale accompagnamento e presa in carico dello specialista di riferimento e dell'ostetrica.

Per la definizione dei percorsi sanitari sopraindicati il Comitato Percorso Nascita Aziendale ha prodotto il Protocollo per la Gravidanza Fisiologica in data 14/12/2015, mentre il Gruppo Comitato Percorso Nascita Regionale ha realizzato il protocollo STEN (Sistema Trasporto di Emergenza Neonatale) e STAM (Sistema di Trasporto Assistito Materno) che sono stati recepiti con la DGRM 847/14 con l'obiettivo di mettere in sicurezza il sistema di trasferimento sia del bambino

in utero che del neonato con grave prematurità o patologico presso la sede di 2° livello. Il modello di assistenza predisposto dall'ASUR risulta coerente in quanto recepisce le indicazioni contenute negli atti della Regione.

GRUPPO DI COORDINAMENTO

- Direttore o suo delegato della DMO ASUR + coordinatore
- Direttore o suo delegato ostetricia + direttore o suo delegato pediatria ASUR
- Direttore o suo delegato ostetricia + direttore o suo delegato pediatria AMN
- Direttore o suo delegato ostetricia + direttore o suo delegato pediatria AOR

IV. RETE NEONATOLOGICA

In coerenza con la rete dei punti nascita è necessario mettere in rete le neonatologie di 1° e 2° livello in modo da garantire a tutti i neonati che ne hanno bisogno il livello adeguato alle loro complessità cliniche.

OBIETTIVI

- Condivisione criteri di centralizzazione per il neonato con grave prematurità e/o con patologie congenite e neonatali tali da richiedere il supporto della neonatologia di 2° livello
- Condivisione criteri di delocalizzazione del neonato stabilizzato nei centri con neonatologia di 1° livello b- a
- Valutazione della corretta gestione dello STEN

V. LABORATORIO UNICO DI AREA VASTA

La frammentazione delle reti dei laboratori ha determinato nel tempo moltiplicazione delle tecnologie, dei costi per personale e materiale di consumo. Considerato che gli ospedali per acuti necessitano di alcuni servizi ,tra i quali il laboratorio analisi, che la centralizzazione di alcune prestazioni di laboratorio non crea disagi al cittadino, ma permette il recupero di costi e conseguentemente risparmi da reinvestire per migliorare quantitativamente e qualitativamente le attività , che i punti prelievo vengono mantenuti e sono solo le provette che viaggiano, il gruppo di lavoro ha predisposto la seguente sintesi.

OBIETTIVI

- Definizione laboratorio unico di AV per attività programmata con sistema logistico unico e integrato;
- Definizione delle attività da garantire negli stabilimenti con ricoveri per acuti e relative modalità;

- Definizione delle attività da garantire nelle strutture di ricovero territoriale;
- Definizione sistema integrato di trasporti;
- Definizione punti prelievo per esterni

ORGANIZZAZIONE RETE DEI LABORATORI (Allegato 5)

PRESIDIO	STABILIMENTO	SEDE	STATO ATTUALE IN AV	STATO FUTURO sede unica laboratorio di AV
AV1	OSP. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	URBINO	URBINO, SASSOCORVARO, CAGLI, FOSSOMBRONE E PERGOLA	URBINO PERGOLA (a garanzia dell'urgenza, con efficientamento delle linee produttive) Rimangono attività di laboratorio ad URBANIA per acque della Dialisi ed il laboratorio di tossicologia a Pesaro*
	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO	PERGOLA		
AV2	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4	SENIGALLIA	FABRIANO, JESI, CINGOLI, OSIMO, LORETO, SENIGALLIA	JESI FABRIANO, OSIMO, SENIGALLIA, (a garanzia dell'urgenza, con efficientamento delle linee produttive) LORETO (Supporto delle attività della citologia di Fabriano)
	OSPEDALE "CARLO URBANI"	JESI		
	OSPEDALE SS. BENVENUTO E ROCCO	OSIMO		
	OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"	FABRIANO		
AV3	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	CIVITANOVA	MACERATA, CIVITANOVA, CAMERINO, SAN SEVERINO	MACERATA CIVITANOVA, CAMERINO, SAN SEVERINO (a garanzia dell'urgenza con efficientamento delle linee produttive)
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	MACERATA		
	OSPEDALE S. MARIA DELLA PIETA'	CAMERINO		
	OSPEDALE B. EUSTACCHIO	SAN SEVERINO MARCHE		
AV4	OSPEDALE DI FERMO	FERMO	FERMO, AMANDOLA	FERMO AMANDOLA (a garanzia dell'urgenza con efficientamento delle linee produttive)
	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II	AMANDOLA		
AV5	MADONNA DEL SOCCORSO	SAN BENEDETTO	SAN BENEDETTO, ASCOLI	ASCOLI SAN BENEDETTO (a garanzia dell'urgenza con efficientamento delle linee produttive)
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI	ASCOLI		

* in questa AV verrà garantito: il controllo delle acque della dialisi per l'intera ASUR (Urbania) e la tossicologia (Pesaro)

La completa centralizzazione di tutte le linee produttive in un unico laboratorio per Area Vasta avverrà in coerenza con la scadenza dei contratti relativi alle tecnologie e con la piena attuazione del sistema della logistica.

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO ASUR + coordinatore
Direttore o suo delegato Laboratorio analisi ASUR

Direttore o suo delegato Laboratorio AMN (per integrazione interaziendale AV1 geograficamente intesa)

Responsabile trasporti ASUR

VI. RETE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DELLA MANO

Nell'ambito della rete ortopedica si è scelto di iniziare con una linea produttiva che, così come per le altre patologie, è legata al tempo. I traumi della mano necessitano di un rapido intervento per permettere il miglior recupero funzionale dell'arto.

OBIETTIVI

- Condivisione criteri centralizzazione per la traumatologia della mano: II LIVELLO (attività chirurgica ortopedica della mano per lesioni con interessamento di 3 o più tessuti).
- Definizione attività delocalizzata nei presidi ospedalieri AAVV

ORGANIZZAZIONE TRAUMATOLOGIA DELLA MANO IN INTEGRAZIONE CON AOU OSPEDALI RIUNITI (Allegato 6)

PRESIDIO	STABILIMENTO	SEDE	I LIVELLO	II LIVELLO
AV1	OSP. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	URBINO	SI	AOU
	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO	PERGOLA	NO, CENTRALIZZA A URBINO	AOU
AV2	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4	SENIGALLIA	SI	AOU
	OSPEDALE "CARLO URBANI"	JESI	SI	AOU
	OSPEDALE SS. BENVENUTO E ROCCO	OSIMO	NO, CENTRALIZZA A JESI	AOU
	OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"	FABRIANO	SI	AOU
AV3	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	CIVITANOVA	SI	AOU
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	MACERATA	SI	AOU
	OSPEDALE S. MARIA DELLA PIETA'	CAMERINO	SI	AOU

	OSPEDALE B. EUSTACCHIO	SAN SEVERINO MARCHE	NO, CENTRALIZZA A CAMERINO	AOU
AV4	OSPEDALE DI FERMO	FERMO	SI	AOU
	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II	AMANDOLA	NO, CENTRALIZZA A FERMO	AOU
AV5	MADONNA DEL SOCCORSO	SAN BENEDETTO	SI	AOU
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI	ASCOLI	SI	AOU

I criteri di centralizzazione sono stati, in questo caso, stabiliti da un Accordo Stato Regioni, che ha regolamentato i centri della chirurgia della mano, i professionisti hanno condiviso tale procedura e concordato le modalità di attuazione. Non si ritiene per questo, al momento di dare seguito alla formalizzazione del Gruppo di Coordinamento.

VII. RETE NEUROLOGICA

Per la rete neurologica il gruppo di lavoro ha scelto di occuparsi della malattia ischemica e di quella emorragica. Sono state concordate le modalità di intervento e le sedi nelle quali il paziente dovrà essere trasportato dal 118. A tal fine il gruppo ha ritenuto necessario ampliare le sedi di trattamento trombolitico, visto anche l'andamento della prevalenza della malattia ischemica e la necessità di garantire la prestazione agli aventi indicazione. Sono state definite le sedi delle neurochirurgie dove verranno trattate le Emorragie subaracnoidee acute (ESA) e i traumi cerebrali.

OBIETTIVO

- Definizione percorso dell'Ictus cerebrale (Stroke) all'interno delle Stroke Unit;
- Definizione percorso della esecuzione della trombolisi finalizzato all'aumento dei pazienti trattati tra gli elegibili

ORGANIZZAZIONE PRESA IN CARICO PAZIENTI CON STROKE (Allegato 7)

PRESIDIO	STABILIMENTO	SEDE	STATO FUTURO
AV1	OSP. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	URBINO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO FANO
	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO	PERGOLA	
AV2	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4	SENIGALLIA	CENTRALIZZAZIONE PRESSO ANCONA O JESI
	OSPEDALE "CARLO URBANI"	JESI	SEDE DI TROMBOLISI

	OSPEDALE SS. BENVENUTO E ROCCO	OSIMO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO ANCONA O JESI
	OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"	FABRIANO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO ANCONA O JESI
AV3	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	CIVITANOVA	CENTRALIZZAZIONE MACERATA
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	MACERATA	SEDE DI TROMBOLISI
	OSPEDALE S. MARIA DELLA PIETA'	CAMERINO	CENTRALIZZA MACERATA
	OSPEDALE B. EUSTACCHIO	SAN SEVERINO MARCHE	CENTRALIZZA MACERATA
AV4	OSPEDALE DI FERMO	FERMO	SEDE DI TROMBOLISI
	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II	AMANDOLA	CENTRALIZZAZIONE FERMO
AV5	MADONNA DEL SOCCORSO	SAN BENEDETTO	SEDE DI TROMBOLISI
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI	ASCOLI	CENTRALIZZAZIONE SAN BENEDETTO

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO ASUR + coordinatore

Direttore o suo delegato neurologia ASUR

Direttore o suo delegato neurologia AMN

Direttore o suo delegato neurologia AOR

Direttore o suo delegato neurologia INRCA

VIII. RETE NEUROCHIRURGICA

OBIETTIVI

- Definizione delle emergenze urgenze neurochirurgiche, revisioni delle linee guida, verifica delle *clinical competence* e dei volumi minimi
- Definizione dei timing in base alle priorità delle urgenze e delle multidisciplinarietà necessaria
- Presenza della neuroradiologia diagnostica e interventistica h 24/h12

ORGANIZZAZIONE RETE NEUROCHIRURGICA (Allegato 8)

			Trauma cerebrale	Condivisione criteri centralizzazione e delocalizzazione ESA
PRESIDIO	STABILIMENTO	SEDE	STATO FUTURO	STATO FUTURO
AV1	OSP. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	URBINO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AMN (SE NON POLITRAUMA)	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AMN
	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO	PERGOLA		
AV2	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4	SENIGALLIA	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU
	OSPEDALE "CARLO URBANI"	JESI	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	
	OSPEDALE SS. BENVENUTO E ROCCO	OSIMO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	
	OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"	FABRIANO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	
AV3	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	CIVITANOVA	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	MACERATA	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	
	OSPEDALE S. MARIA DELLA PIETA'	CAMERINO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	
	OSPEDALE B. EUSTACCHIO	SAN SEVERINO MARCHE	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	
AV4	OSPEDALE DI FERMO	FERMO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	
	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II	AMANDOLA	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	

AV5	MADONNA DEL SOCCORSO	SAN BENEDETTO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI	ASCOLI	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO AMN + coordinatore
 Direttore o suo delegato Neurologia ASUR
 Direttore o suo delegato Neurologia e Neurochirurgia AMN
 Direttore o suo delegato Neurologia e Neurochirurgia AOR
 Direttore o suo delegato Neurologia INRCA

IX. RETE TERAPIA DEL DOLORE

Nell'ambito delle rete della terapia del dolore si è ritenuto di lavorare inizialmente alla gestione, con un modello hub & spoke, del dolore all'interno delle strutture sanitarie.

OBIETTIVI

- Attuazione dell'intesa Stato Regioni del 25/07/2012, come da DGR 645/2013 e DGR 325/2015: rete per la terapia del dolore ASUR secondo un modello Hub&Spoke.
- Analisi dell'attuale organizzazione, capillarità del servizio, implementazione della cultura della dignità della sofferenza.

(Allegato 9)

Rete hub and spoke della terapia del dolore

PRESIDIO	STABILIMENTO	SEDE	STATO FUTURO IN AV
AV1	OSP. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	URBINO	SPOKE URBINO FOSSOMBRONE
	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO	PERGOLA	
AV2	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4	SENIGALLIA	SPOKE TRASVERSALE DI AREA VASTA ARTICOLATO SUI 4 STABILIMENTI DEL PRESIDIO UNICO
	OSPEDALE "CARLO URBANI"	JESI	
	OSPEDALE SS. BENVENUTO E ROCCO	OSIMO	

	OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"	FABRIANO	
AV3	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	CIVITANOVA	SEDE DI HUB
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	MACERATA	
	OSPEDALE S. MARIA DELLA PIETA'	CAMERINO	
	OSPEDALE B. EUSTACCHIO	SAN SEVERINO MARCHE	
AV4	OSPEDALE DI FERMO	FERMO	SPOKE FERMO AMANDOLA
	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II	AMANDOLA	
AV5	MADONNA DEL SOCCORSO	SAN BENEDETTO	SPOKE ASCOLI SAN BENEDETTO
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI	ASCOLI	

X. RETE ANESTESIA E RIANIMAZIONE

La rete delle terapie intensive è stata avviata con Determina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona n. 537 del 23/10/2014 recepita con la Nota del Direttore Generale ASUR Marche n. 0023953 del 30/10/2014. L'ulteriore obiettivo che si sta perseguendo è quello di valutare il corretto utilizzo dei posti letto attraverso uno studio osservazionale prospettico.

OBIETTIVI

- Applicazione e implementazione del protocollo di centralizzazione al DEA di II livello e delocalizzazione dei pazienti dal DEA di II livello alle AAVV.
- Monitoraggio giornaliero dei posti letto disponibili nelle UTI di tutte le AA VV
- Attuazione di uno studio osservazionale prospettico sulla complessità della casistica dei pazienti ricoverati, sul carico assistenziale, sulla performance e sull'appropriatezza delle (Unità Terapie Intensive) UTI della Regione Marche nella gestione dei pazienti ricoverati e nell'utilizzo delle risorse.

(Allegato 10)

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO ASUR + coordinatore
Direttore o suo delegato Terapia Intensiva ASUR

Direttore o suo delegato Terapia Intensiva AOR (responsabile scientifico dello studio osservazionale)

Direttore o suo delegato Terapia Intensiva AMN

XI. RETE DEA PRONTO SOCCORSO CO 118

L'attuazione delle DGRM 1345/2013, DGRM 1219/2014 ridisegna il modello sanitario e individua vari percorsi clinici che potrebbero necessitare di graduale avvio e modifiche successive. Si rende pertanto necessario mettere in assoluta sicurezza il sistema della emergenza; al tal fine è stato formalizzato uno specifico gruppo tecnico per affrontare la riorganizzazione del sistema della emergenza urgenza che consente di adottare specifici e relativi provvedimenti.

OBIETTIVI

- Individuazione sedi Potes, CA, MSA, MSI, MSB
- Integrazione attività medici 118 e pronto soccorso
- Istituzione di protocolli infermieristici per provvedimenti salvavita (PIST)
- Uniformità dei DEA delle 5 AV
- Telemedicina e Teleconsulto (ECG, RMN e TAC neurotraumatologia)
- Numero unico 112

(Allegato 11)

XII. RETE ONCOLOGICA

All'interno della rete oncologica molte sono le linee produttive e le attività che dovranno essere messe in rete, in questa prima fase si è fatto un focus sulla terapia oncologica con due finalità: omogeneità dei comportamenti e corretta valutazione dei costi e degli incrementi dovuti all'inserimento dei nuovi farmaci oncologici.

OBIETTIVI

- Definizione metodologia revisione annuale budget farmaci oncologici, per le neoplasie a maggior incidenza con notevole impatto sociale ed economico.
- Definizione criteri di appropriatezza utilizzo farmaci.
- Preparazione centralizzata in AV dei farmaci oncologici con migliore qualità e riduzione dei costi

- Standardizzazione dei follow up sulla base delle linee guida nazionali

XIII. RETE ANATOMIA PATOLOGICA E CITOLOGIA

I laboratori di Anatomia patologica nella nostra regione necessitano di essere messi in rete, definendone la produzione e la tipologia di esami (es. molecolare ecc.). Come prima fase si è lavorato sulla tipologie di esami per diagnosi e follow up concordate con gli specialisti

OBIETTIVI

- Tipologia di esami per diagnosi e follow up da concordare con oncologi e specialisti
- Implementazione della centralizzazione degli esami citologici per tumore alla mammella e pap-test
- Centralizzazione delle indagini di medicina molecolare

XIV. RETE OTORINOLARINGOIATRIA

Sulla base dei presupposti che sono stati riportati sopra, anche per la rete otorino, è stato realizzato il percorso per la gestione delle urgenze che si possono manifestare in questo ambito specialistico.

OBIETTIVO

- Gestione delle urgenze con specifica afferenza per ogni AV geograficamente intesa

PROPOSTA ORGANIZZATIVA

In base ai volumi di attività emersi ed alle possibilità di implementazione del sistema hub e spoke possono essere definite le seguenti sedi:

- A.O.U. Ospedali Riuniti
- A.O. Marche Nord
- ASUR: una sede per urgenze per Area Vasta (con attività di degenza e copertura urgenza nella medesima sede tramite pronta disponibilità secondo calendario da parte di tutte le competenze specialistiche in organico al presidio ospedaliero unico)

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO AOR + coordinatore

Direttore o suo delegato otorino ASUR

Direttore o suo delegato otorino AMN

Direttore o suo delegato otorino AOR

XV. RETE GASTROENTEROLOGICA

Anche per la rete gastroenterologica vale quanto espresso per quella otorino.

OBIETTIVO

- Gestione delle urgenze-emergenze gastroenterologiche ed endoscopiche integrate con il Pronto Soccorso (almeno 1 in AV e/o integrata con AAOO)

PROPOSTA ORGANIZZATIVA

In base ai volumi di attività emersi ed alle possibilità di implementazione del sistema Hub&Spoke possono esser definite le seguenti sedi:

- A.O.U. Ospedali Riuniti
- A.O. Marche Nord (anche per AV1)

ASUR: una sede per urgenze per Area Vasta 2, 3, 4/5 (con attività di degenza e copertura urgenza nella medesima sede tramite pronta disponibilità secondo calendario da parte di tutte le equipe medico/infermieristiche in organico al presidio ospedaliero unico)

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO ASUR + coordinatore
Direttore o suo delegato gastro ASUR
Direttore o suo delegato gastro AMN
Direttore o suo delegato gastro AOR
Direttore o suo delegato gastro INRCA

Seguono alcune specialità per le quali è stato concordato di avviare in questa prima fase il percorso in rete

XVI. RETE OCULISTICA

OBIETTIVO

- Volumi minimi per patologia retinica (standard 200 nuovi casi/anno) e segmento posteriore dell'occhio

PROPOSTA ORGANIZZATIVA

In base ai volumi di attività emersi ed alle possibilità di implementazione del sistema Hub&Spoke possono esser definite le seguenti sedi:

- A.O.U. Ospedali Riuniti
- A.O. Marche Nord (anche per AV1)

- AA.VV. 2,3,4,5: Fabriano, Macerata/San Severino, Fermo, Ascoli Piceno

XVII. RETE MEDICINA INTERNA-GERIATRIA-LPA

OBIETTIVO

- Omogeneizzazione offerta di degenza delle Medicine Interne in tre livelli assistenziali decrescenti:
 - Patologia internistica complessa (posti letti monitorati e centralizzati)
 - Degenza ordinaria
 - Degenza post-acuzie (secondo unità di sede o satelliti all'U.O. stessa)
- Obiettivi di miglioramento:
 - omogeneizzazione della dotazione delle risorse tecnologiche/assistenziali
 - ricoveri ripetuti per riacutizzazioni principali patologie croniche
 - peso medio e degenza media
 - spesa beni sanitari per volumi di attività e peso medio
 - rapporto dotazione di personale/attività erogate
 - preparazione e somministrazione farmaci ad alto costo
- Definizione criteri di ammissione, dimissione, trasferimento all'interno della rete

AZIONI

Tavoli di lavoro per Committenza Aziende Ospedaliere ed integrazione INRCA

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO ASUR + coordinatore
Direttore o suo delegato medicina ASUR
Direttore o suo delegato medicina AMN
Direttore o suo delegato medicina AOR
Direttore o suo delegato medicina INRCA

XVIII. RETE NEFROLOGICA

OBIETTIVO

- Definizione referente degli accessi vascolari in ogni struttura e centralizzazione dei casi complicati in AOR;

- Sviluppo dialisi peritoneale domiciliare.

XIX. RETE VULNOLOGIA ASUR

OBIETTIVO

- Promuovere l'attività specialistica per la cura delle ferite difficili;
- Costituzione di una rete specialistica vulnologica ASUR articolata in AV;
- Definizione di percorsi condivisi per la presa in carico del paziente con ferite difficili;
- Definizione di documenti condivisi di supporto agli operatori coinvolti nella rete.

(Allegato 12)

Inoltre l'ASUR rientra nelle reti per le quali le Aziende ospedaliere rappresentano un punto HUB di rilievo, ma che, ai fini di garantire una completa e totale presa in carico del paziente diventa di fondamentale importanza l'integrazione e la sinergie con le strutture territoriali e precisamente per:

XX. RETE TRAPIANTO DI RENE

OBIETTIVO

- Condivisione dei criteri di inserimento dei pazienti nelle liste di attesa per trapianto da cadavere e da donatore vivente e veri
- Condivisione dei criteri di follow up dei pazienti operati di trapianto di rene
- Sviluppo della cultura della donazione.

XXI. RETE DELLA CHIRURGIA MAGGIORE

OBIETTIVO

- Condivisione dei criteri di centralizzazione del paziente da sottoporre a chirurgia maggiore dalle strutture di 1° livello sulla base dei Volumi minimi previsti dalla DGR 1345/2013 e DGR 1291/2014
- Condivisione del follow up dei pazienti sottoposti a chirurgia maggiore.

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO AOR + coordinatore
Direttore o suo delegato chirurgia ASUR

Direttore o suo delegato chirurgia AMN
Direttore o suo delegato chirurgia AOR
Direttore o suo delegato chirurgia INRCA

IX. RETE DELLE SINDROMI DA APNEA OSTRUTTIVA DEL SONNO (OSAS)

OBIETTIVO

- Gestire tale patologia sottostimata e causa di incidenti stradali e sul lavoro in maniera coordinata e omogenea nell'ambito di un percorso multidisciplinare sviluppato da professionisti delle diverse aziende.

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO ASUR + coordinatore
Direttore o suo delegato neurologo+otorino+pneumologo ASUR
Direttore o suo delegato neurologo+otorino+pneumologo AOR
Direttore o suo delegato neurologo+otorino+pneumologo AMN

Esito dell'istruttoria:

Per quanto sopra esposto, si sottopone al Direttore Generale, ai fini della relativa approvazione, il seguente schema di determina:

- di recepire l'allegato documento istruttorio le cui motivazioni si intendono integralmente richiamate e trascritte e per l'effetto, in ottemperanza a quanto disposto con determina DGRM n. 1345/2013, DGR 1219/2014, DGRM 665/2015, procedere all'approvazione del riassetto organizzativo delle Reti Cliniche dell'ASUR;
- di dare atto e adottare gli elaborati allegati alla presente Determina sub 1), sub 2), sub 3); sub 4), sub 5), sub 6), sub 7), sub 8), sub 9), sub 10), sub 11), di seguito riepilogati nei quali sono contenute le motivazioni a supporto del riassetto organizzativo delle Reti Cliniche dell'ASUR:

- ✓ **Allegato 1: AZIONI PREVISTE PER LO STEMI**
- ✓ **Allegato 2: CENTRALIZZAZIONE SECONDO LE LINEE GUIDA DELLA SOCIETÀ DI CH. VASCOLARE E PROPOSTA ORGANIZZATIVA ASUR**
- ✓ **Allegato 3: PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO**
- ✓ **Allegato 4: RETE VULNOLOGIA ASUR**
- ✓ **Allegato 5: ORGANIZZAZIONE RETE DEI LABORATORI**

- ✓ **Allegato 6: ORGANIZZAZIONE TRAUMATOLOGIA DELLA MANO IN INTEGRAZIONE CON AOU OSPEDALI RIUNITI**
 - ✓ **Allegato 7: ORGANIZZAZIONE PRESA IN CARICO PAZIENTI CON STROKE**
 - ✓ **Allegato 8: ORGANIZZAZIONE RETE NEUROCHIRURGICA**
 - ✓ **Allegato 9: RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE**
 - ✓ **Allegato 10: PROTOCOLLO STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO RETE TERAPIE INTENSIVE**
 - ✓ **Allegato 11: RETE DEA, PRONTO SOCCORSO, CO 118**
3. di dare atto che dalla presente determina non derivano costi aggiuntivi per il Bilancio di esercizio dell'anno 2015 e che per l'anno 2016 eventuali costi aggiuntivi dovranno essere previsti nei budget delle Aree Vaste interessate alla riorganizzazione;
4. di trasmettere la presente determina al Dirigente del Servizio Sanità per ogni consequenziale valutazione di coerenza rispetto alla programmazione regionale;
5. di trasmettere altresì il presente atto:
- ai Direttori delle Aree Vaste per ogni seguito e adempimento operativo di competenza da adottare in conformità alle decisioni assunte con la presente determina e nel rispetto dei percorsi necessari a garantire la tutela della salute;
 - all'Assessore alla Sanità e Servizi Sociali;
 - alla PO Assistenza Ospedaliera dell'Agenzia Sanitaria Regionale;
6. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
7. di dichiarare che il presente atto non è soggetto al controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico, a norma dell'art. 28 L.R. 26/96, come sostituito dall'art. 1 della L.R. 36/2013.

Il Responsabile del Procedimento

Dr. ssa Maria Rita Mazzocanti



- ALLEGATI -

- ✓ **Allegato 1: AZIONI PREVISTE PER LO STEMI**
- ✓ **Allegato 2: CENTRALIZZAZIONE SECONDO LE LINEE GUIDA DELLA SOCIETÀ DI CH. VASCOLARE E PROPOSTA ORGANIZZATIVA ASUR**
- ✓ **Allegato 3: PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO**
- ✓ **Allegato 4: RETE VULNOLOGIA ASUR**
- ✓ **Allegato 5: ORGANIZZAZIONE RETE DEI LABORATORI**
- ✓ **Allegato 6: ORGANIZZAZIONE TRAUMATOLOGIA DELLA MANO IN INTEGRAZIONE CON AOU OSPEDALI RIUNITI**
- ✓ **Allegato 7: ORGANIZZAZIONE PRESA IN CARICO PAZIENTI CON STROKE**
- ✓ **Allegato 8: ORGANIZZAZIONE RETE NEUROCHIRURGICA**
- ✓ **Allegato 9: RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE**
- ✓ **Allegato 10: PROTOCOLLO STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO RETE TERAPIE INTENSIVE**
- ✓ **Allegato 11: RETE DEA, PRONTO SOCCORSO, CO 118**

Ancona, 15/12/2015

I. Rete Cardiologica-Percorso STEMI

Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

Ruolo
Direttori Medici di Presidio ASUR
Direttori UOC Cardiologia ASUR
Direttori UOC Med. e Chir. Acc. Urg. ASUR
Direttori Centrali Operative 118 ASUR

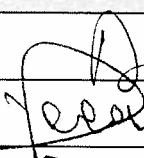
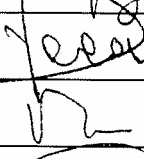
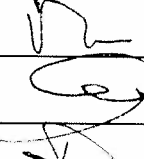
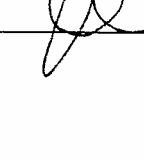
Applicazione Normativa

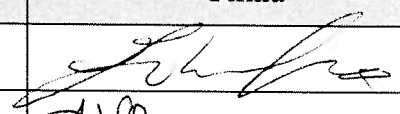
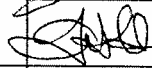
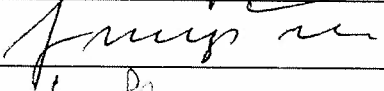
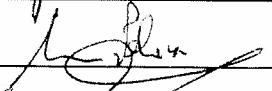
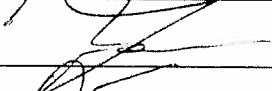
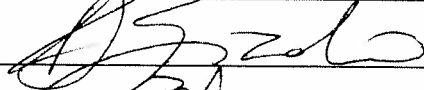
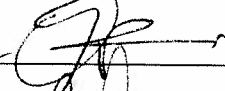
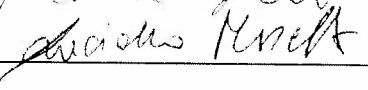
ASUR
DGRM 1219/2014: "Modifica della deliberazione n. 1345 del 30/9/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n. 551 del 17/4/2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR"
DM 70/2015: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"

Obiettivi
Revisione Percorso Diagnostico Terapeutico (PDTA) del Infarto miocardico acuto (IMA), - con arresto totale del flusso (STEMI) - con arresto parziale del flusso (non STEMI)

Documentazione prodotta	Barrare la casella corrispondente
1. Documento (protocollo)	☒
2. Allegati	☐
3. Flow chart	☐

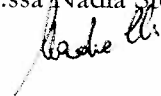
Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

Ruolo	Nome	Cognome	Firma
Dir. UOC Cardiologia	DOTT. V. C.	GABRIELLI	
Dir. UOC DMO	SIACORO	SCHINCO	
Dir. F.F. UOC CARDIOLOGIA	PAURO	PERLICO	
Dir. U.O.C. PS SENG	GRIFRANCO	MARACCHINI	
Dir. P.S. JESI	GILBERTO	PAUCIATERRA	
PP. Ferrara	RLIO	PAURRO	

Ruolo	Nome	Cognome	Firma
PS Fano	FABIANI	GIOSTINO	
PS Urbino	Filippo	Mezzolani	
UTIC URBINO	PAOLO	BUSACCA	
Ambulatorio PS	GIORGIO	TUARI	
MYO	MASSIMO	PALATTA	
COLLE Macerata	Enrico	Zampieri	
PS CAMERINO	DOMENICO	SICOLO	
20118 AUS/AV4	PAULO P.	POSTACCHI	
DIREZIONE PS-MED. D'URSO	GIULIO AP GIOVANNI	RENZI	
Don. Cont. S. Eobanio	PIETRO	SCIPIONE	
DIPLOMA Semigella	Silvano	Seri	
VOC CARDUOGA AP	LUCA	ROSTO	

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr.ssa Nadia Storti



Allegato: AZIONI PREVISTE PER LO STEMI

Dai dati pubblicati in letteratura emerge in modo inequivocabile la correlazione diretta tra la mortalità in fase acuta dello STEMI e la mancata effettuazione della terapia ripercussiva (1). La metanalisi di Boersma et al. ha ribadito la superiorità del trattamento percutaneo su quello farmacologico a parità di ritardo di presentazione (2).

Le linee-guida hanno ripreso i dati della letteratura e raccomandano la PCI primaria come strategia di prima scelta nel trattamento dello STEMI, purché vengano rispettati i tempi previsti, in alternativa rimane la fibrinolisi farmacologica, se possibile pre-ospedaliera (3-4). Il censimento rete IMA WEB della federazione italiana di cardiologia, effettuato negli anni 2007-2008, ha documentato che la situazione italiana si presenta a macchia di leopardo e solo poco più del 30% delle province hanno una rete strutturata per l'IMA, che riprende il modello hub and spoke, che è ritenuto quello più efficace per le acuzie.

L'Italia è stato uno dei primi paesi in Europa a eseguire la PCI primaria e i dati GISE documentano che nel 2012 ne sono state eseguite circa 30.000 con una media di 506/milione di abitanti/anno (nelle Marche media di 477).

Organizzazione Hub e Spoke nelle Marche

L'organizzazione del SSR marchigiano prevede 2 Aziende ospedaliere, l'INRCA e una ASUR articolata in 5 Aree Vaste (AAVV). Nelle Marche sono attualmente presenti 14 cardiologie tre delle quali ad indirizzo riabilitativo, 13 dotate di UTIC, 4 sono i laboratori di emodinamica attivi: tutte con organizzazione h24 (Ancona, Pesaro, Macerata e Ascoli Piceno).

I pazienti con SCA STEMI sono stati stimati per il 2013 in circa 800 su una popolazione di 1.500.000 abitanti circa.

Il centro Hub di Ancona serve la provincia di Ancona e Fermo e per quanto siano stati sviluppati dei percorsi condivisi, per i pazienti non provenienti dalla provincia di Ancona è a tutt'oggi necessario il passaggio nei centri spoke, con accumulo consequenziale di ritardi. Per l'ambito territoriale di Fabriano la centralizzazione diretta si realizza tramite il Servizio di elisoccorso quando disponibile. Negli altri casi si procede al trasporto secondario dall'Ospedale di Fabriano presso il laboratorio di emodinamica dell'Ospedale Torrette di Ancona.

Le AAVV 1, 3 e 5 (incluso l'ambito territoriale di Amandola) hanno un percorso sempre attivo con possibilità di accesso diretto del paziente al centro Hub indipendentemente dal punto geografico di partenza senza passaggio dai centri spoke.

Per l'AV 4, si è sviluppato un programma di collaborazione coordinato dalla cardiologia di Fermo che fa afferire indifferentemente i pazienti con STEMI ad Ascoli o Ancona a seconda delle caratteristiche degli stessi e della disponibilità dei centri hub, previo però passaggio dal centro spoke con cambio di ambulanza. La AV 4 di Fermo è anche l'unica dotata di un programma di trombolisi pre-ospedaliera secondo protocolli vigenti.

Dati attività laboratori di emodinamica nelle Marche (dati ufficiali GISE)

Nel 2012 Ancona ha eseguito 325 pPCI (+ 8% rispetto al 2011, + 22 rescue), Pesaro 193 (- 24%), Ascoli 160 (+ 20%), Macerata 31 (+ 25 rescue).

I dati 2013 sono i seguenti: Ancona 348, Pesaro 217, Ascoli 165, Macerata 40 (stante la assenza di organizzazione h24 in loco sono state eseguite anche 35 PCI rescue).

I dati di tempistica *door to balloon* sono:

- AV 1: media di 92 min (ds 40 min), con una mediana di 80 min;
- AV 5: media 97 minuti con una mediana di 81 minuti.

Dai dati dello studio Blitz 4 qualità (2010) emerge che nelle Marche meno del 50% dei pazienti con inizio dei sintomi da meno di due ore ha eseguito pPCI entro 90 min e questo dato diventa 0% nel caso di pazienti trasferiti da altre strutture, dato critico che rappresenta un punto da dover assolutamente correggere.

Il Registro Marchigiano delle Sindromi Coronariche Acute (SCA)

Grazie all'impulso della Regione e dell'ARS, negli anni 2003-2004 nelle Marche si erano strutturati profili di cura. Uno dei primi fu quello per l'IMA che portò alla produzione di un documento condiviso e alla creazione di un registro regionale per le SCA. Tale esperienza non ebbe seguito per la mancata informatizzazione delle cartelle cliniche a livello regionale e per carenza di fondi. Si ritiene necessario che il registro venga nuovamente implementato per la valutazione, la verifica e il miglioramento della rete.

CRITICITA' ATTUALI.

Il problema principale attuale è che pur in presenza di sistema di emergenza territoriale, non sempre si realizza la centralizzazione diretta nel centro hub per il determinarsi di una mancata copertura dell'ambito territoriale di pertinenza dell'equipaggio. In alcune aree mancano protocolli che garantiscano il trasporto secondario urgente immediato nella patologie tempo dipendenti come la SCA STEMI.

La situazione attuale si presenta dunque disomogenea nel territorio regionale.

L'impegno per l'immediato futuro è che, grazie all'impulso dei professionisti, delle autorità regionali e delle società scientifiche (in particolare l'ANMCO, il GISE e la SIS118), vengano superate le criticità esistenti.

In sintesi, le azioni in ordine di priorità da porre in essere, in un tavolo di confronto tra ASUR, AAOO e INRCA per la gestione della SCA STEMI, sono:

- 1. garantire l'operatività in tutto il territorio regionale di procedure nel sistema dell'emergenza territoriale che consentano la centralizzazione al centro Hub del paziente con SCA STEMI;**
- 2. garantire in tutti gli stabilimenti ospedalieri non sede di emodinamica l'attivazione immediata per la gestione/centralizzazione dei casi basata sul personale in servizio, adeguando gli organici;**
- 3. ottimizzazione dell'operatività dei laboratori di emodinamica (organico e seconda sala);**
- 4. presenza di una funzione di emodinamica nel presidio di Fermo;**
- 5. garantire l'operatività su tutto il territorio regionale della tele ECGrafia;**
- 6. attivazione del registro regionale delle SCA STEMI;**

7. aggiornamento delle linee guida regionali “Emergenza preospedaliera” e dei protocolli di terapia per la fase extraospedaliera comprese le procedure di fibrinolisi;
8. definire protocolli di trasferimento di ritorno dei pazienti dai centri hub a quelli spoke successivamente alla procedura e individuazione di una tariffa di percorso.

Più in dettaglio rispetto alla situazione in essere nelle diverse AAVV:

AV 1	Completamento dell'aggiornamento ai Lifepak 15
AV 2	Attivazione equipaggio Jolly 118 Attivazione tele ECGrafia
AV 3	Attivazione equipaggio Jolly 118 Attivazione tele ECGrafia
AV 4	Attivazione equipaggio Jolly CO 118 – Piceno soccorso (con AV5) Attivazione tele ECGrafia Valutazione/attivazione funzione di emodinamica
AV 5	Attivazione equipaggio Jolly CO 118 – Piceno soccorso (con AV4) Adeguamento tele ECG grafia con sistema dedicato

Nelle more della riorganizzazione complessiva si dovrà inoltre prevedere un'unificazione dei PDTA relativi, aggiornando il profilo già prodotto negli anni passati, in collaborazione con le AAOO.

Bibliografia di riferimento

1. Boersma E et al: Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. Lancet 1996; 348:771-775
2. Boersma E et al: Does time matter? A pooled analysis of randomized clinical trials comparing primary percutaneous coronary intervention and in-hospital fibrinolysis in acute myocardial infarction patients. Eur H Journal 2006;27: 779-788
3. O’Gara PT et al: 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of ACCF/AHA task force on practice guidelines. Circ 2013; 127:e362-e425
4. Steg G et al: ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation. Eur H Journal 2012; 33: 2569-2619

II. Rete chirurgia vascolare, radiologia interventistica

Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

Ruolo
Direttori Medici di Presidio ASUR
Direttori Chir. Generale ASUR o suo delegato AV3, 4 e 5
Direttore Radiologia AV3
Direttore SOD Chir. Vascolare AOU Ospedali Riuniti di Ancona
Direttore SOD Radiologia interventistica AOU Ospedali Riuniti di Ancona
Direttore Chirurgia Generale e Vascolare IRCA Ancona

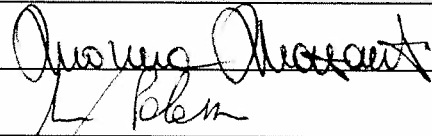
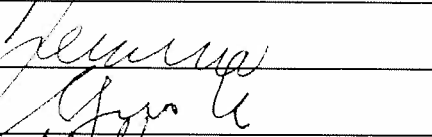
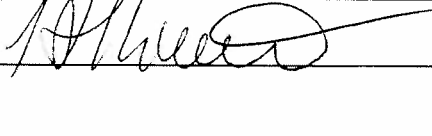
Applicazione Normativa

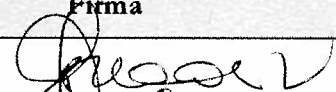
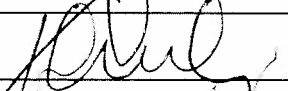
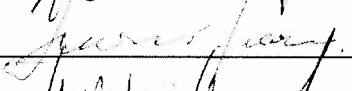
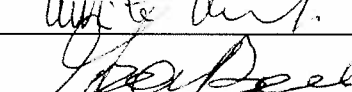
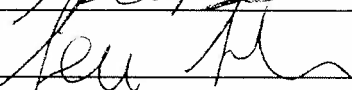
ASUR
DGRM 1219/2014 "Modifica della deliberazione n. 1345 del 30/9/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n. 551 del 17/4/2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR"
DM 70/2015: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"

Obiettivi
- Progetto ASUR struttura unica chirurgia vascolare in ambito di AAVV 3, 4, 5; - Condivisione di criteri per la definizione di interventi eseguibili presso ASUR con integrazione dell'equipe della SOD Chirurgia Vascolare dell'AOU; - Centralizzazione delle urgenze e della chirurgia di II livello presso AOU; - Attività di base per AAVV Asur, attività svolte dalle AMN e INRCA.

Documentazione prodotta	Barrare la casella corrispondente
1. Documento (protocollo)	☒
2. Allegati	☐
3. Flow chart	☐

Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

Ruolo	Nome	Cognome	Firma
DMO	MORONA	MARZANTI	
DMO	MASSIMO	PALAZZO	
Direttore SOD AV	ROBERTO	CANDELARI	
Dir. M. S. C.	STEFANO	RICCI	
DMO	PAOLINO	ACQUARO	

Ruolo	Nome	Cognome	Firma
DIRETTORE	GABRIELE	CORRADINI	
DIRETTORE	LUCIANO	CARONARI	
DIRETTORE MEDICO	MARCO	FIASSI	
DMO Macerate	Maria Rita	Mazzocchi	
DIRETTORE VICE	GIANFRANCO	BOCCOLI	
DIRETTORE D.O. Servizio di Pronto Soccorso	Flavia	Leu	

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr.ssa Nadia Storti



Allegato: RETE CHIRURGIA VASCOLARE

Situazione attuale

Area Vasta 1	Fa capo all'AO Marche Nord Pesaro Fano I livello anche in urgenza e dell'AO Ospedali Riuniti di Ancona per il II e III livello anche in urgenza.
Area Vasta 2	Fa capo all'UO di Chirurgia Vascolare INRCA in elezione e all'AO Ospedali Riuniti di Ancona per il I, II e III livello in urgenza ed in elezione.
Area Vasta 3	1 esperto chirurgia vascolare: Dr Marco Massi Attualmente AV3 fa capo per il I, II e III livello all'AO Ospedali Riuniti di Ancona
Area Vasta 4	2 chirurghi vascolari Dr Paolo Isidori Dr Alessandro Minnucci Il I livello in elezione viene effettuato presso l'Ospedale di Fermo ed il II livello (carotidi e aorta addominale e arteriopatia periferica) viene effettuato con la collaborazione di un chirurgo dell'equipe dell'UO dell'AO Ospedali Riuniti di Ancona. Il III livello in elezione e tutta l'urgenza va effettuata presso l'AO Ospedali Riuniti di Ancona
Area Vasta 5	1 chirurgo esperto: Dr Fernando Manes Il I livello in elezione viene effettuato presso l'Ospedale di Ascoli Piceno ed il II livello (carotidi e aorta addominale e arteriopatia periferica) viene effettuato con la collaborazione di un chirurgo dell'equipe dell'UO dell'AO Ospedali Riuniti di Ancona. Il III livello in elezione e tutta l'urgenza va effettuata presso l'AO Ospedali Riuniti di Ancona

Attualmente presso l'Ospedale di Macerata opera un Radiologo Interventista distaccato dall'AO Ospedali Riuniti di Ancona ed effettua accessi programmati presso il P.O. "Mazzoni" di Ascoli Piceno. Il professionista è inquadrato nell'ambito della Radiologia ed effettua le tradizionali guardie per l'UO.

POSSIBILITA' IMMEDIATE ATTIVITA'

INTERVENTI IN ELEZIONE

Definizione di un pacchetto di prestazioni che consenta l'integrazione dei chirurghi vascolari, e gli esperti di chirurgia vascolare, nelle AV 3, 4 e 5 con l'equipe della UO Chirurgia vascolare dell'AOU che consenta l'accreditamento chirurgico delle equipe e riduca la mobilità passiva verso la stessa AO e fuori regione

INTERVENTI IN URGENZA

Invio dei pazienti all'UO Chirurgia Vascolare di Ancona direttamente dai PS, quando le risorse locali non riescano a garantire l'urgenza.

POSSIBILITA' A MEDIO TERMINE

Il DM standard ospedalieri prevede una UOC di CH vascolare fra 0,8 e 0,4 milioni di residenti.

La popolazione AV5 è pari a circa 210.000 residenti.

La popolazione AV4 è pari a circa 170.000 residenti.

La popolazione AV3 è pari a circa 325.000 residenti.

La distanza di AV5 (Osp di AP) da AOU Ospedali Riuniti è 100 minuti di percorrenza in media

La distanza di AV4 (Osp di FM) da AOU Ospedali Riuniti è 70 minuti di percorrenza in media

La distanza di AV3 (Osp di MC) da AOU Ospedali Riuniti è 60 minuti di percorrenza in media

L'organizzazione attuale nell'AV3, 4 e 5 Marche Sud non assicura l'emergenza e la distanza da Ancona dell'estremo Sud crea una situazione di rischio per il trasporto del II livello dati i tempi di percorrenza.

Pertanto: considerate le professionalità presenti, visto che il DM 70/15 prevede 1 UOC di chirurgia vascolare ogni 400 – 800 mila residenti, visto che i residenti Marche Sud superano i 700.000, visto che l'attività di radiologia interventistica è indispensabile per numerose attività complesse, si stabilisce di istituire un polo di chirurgia vascolare e radiologia interventistica nella sede periferica Marche Sud.

Deve essere prevista:

- 1 UO chirurgia vascolare;
- 1 funzione di medicina vascolare in ogni stabilimento ospedaliero.

Deve essere attivata:

- 1 UOC radiologia interventistica.

Fino ad autonomia del centro nella zona Marche Sud si effettueranno esclusivamente interventi programmati in sicurezza con la partecipazione di un chirurgo dell'equipe di AOU Ospedali Riuniti di Ancona (volumi minimi di cui alla 1345/15). Nei 2 giorni dopo l'intervento si terrà disponibile il chirurgo vascolare nella sede di intervento.

**PATOLOGIA CHE PUO' ESSERE TRATTATA IN ELEZIONE NELLE SEDI
PERIFERICHE ASUR E INRCA (1° e 2° livello)**

1. Patologia venosa chirurgica
2. Ischemia acuta degli arti
3. Arteriopatie obliteranti
4. Accessi vascolari non complicati (FAV)
5. Chirurgia dei tronchi epiaortici selezionata in pazienti non complicati
6. Aneurismi open/endovascolare selezionati in pazienti non complicati, ad eccezione degli aneurismi dell'aorta toracica

**DOCUMENTO PROGRAMMATICO di MESSA IN RETE DEI CENTRI DI CHIRURGIA
VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE IN ITALIA****a cura di SICVE – Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare (www.sicve.it)****Indice**

1. Background.....	pag 1
2. Obiettivi.....	pag 3
3. Procedure Operative.....	pag 3
4. Modello di Organizzazione in Rete.....	pag 3
5. Criteri di Appropriatezza nei Percorsi Diagnostico Terapeutici	
Steno-ostruzione carotidea extracranica.....	pag 4
Aneurisma aortico addominale.....	pag 5
Arteriopatia ostruttiva degli arti inferiori.....	pag 7
Flebopatia degli arti inferiori.....	pag 9
Allegato A. Requisiti delle UOCHV di Primo Livello Spoke.....	pag 11
Requisiti delle UOCHV di Secondo Livello Spoke.....	pag 12
Requisiti delle UOCHV di Terzo Livello HUB.....	pag 13
Allegato B. Criteri di appropriatezza nella definizione di patologia.....	pag 14
Allegato C. Flow Chart TVP	pag 17
Bibliografia.....	pag 19

1. Background

Le patologie cardiocerebrovascolari sono la prima causa di morte e di invalidità naturale in Italia. In questo ambito le malattie vascolari periferiche rappresentano una causa importante diretta e indiretta di mortalità e invalidità, essendo esse fortemente correlate alle altrettanto diffuse patologie cardiache e cerebrovascolari.

Le arteriopatie più frequenti, sia nella forma steno-occlusiva (carotidopatia extracranica, arteriopatia degli arti inferiori), sia nella forma dilatativa aneurismatica (aneurisma aortico addominale) sono quasi sempre manifestazioni di patologie sistemiche, polidistrettuali e recidivanti, la cui storia clinica è fortemente influenzata da diverse comorbidità quali la coronaropatia, la fibrillazione atriale, lo scompenso cardiaco, l'insufficienza renale cronica e da diversi fattori di rischio quali l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, la dislipidemia, il fumo attivo e passivo, l'obesità, l'alcoolismo, lo scorretto stile di vita.

Le flebopatie inoltre hanno notevole rilevanza epidemiologica e sono causa molto frequente di invalidità. Le forme acute trombotiche e/o tromboemboliche, se non opportunamente trattate, possono essere causa di embolia polmonare e morte.

In particolare le arteriopatie e alcune flebopatie che si manifestano con carattere di emergenza-urgenza comportano una non trascurabile incidenza di mortalità e morbidità, che è possibile ridurre attraverso una pronta diagnosi e una terapia tempestiva ed appropriata, che richiedono formule e sistemi organizzativi sanitari complessi e multidisciplinari. Tali pazienti meritano di conseguenza una risposta assistenziale modulata attraverso livelli indispensabili di coordinamento, organizzazione ed efficienza del sistema sanitario, in particolare delle aziende ospedaliere, che devono necessariamente permettere e favorire la condivisione di modelli di comportamento e di Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDT) adeguati alla gravità della patologia. E' opportuno quindi in questi casi il ricovero nella struttura più idonea, a bassa o media o alta complessità assistenziale, a seconda della gravità della malattia vascolare.

Allo stesso tempo si rende opportuna la verifica di appropriatezza e di qualità di risultato delle prestazioni erogate e quindi di efficienza del sistema stesso e di efficacia degli interventi di diagnosi e cura sia medica che chirurgica.

Nei pazienti con patologia vascolare considerata a media gravità ma soprattutto in quelli ad alta gravità e specie in quelli con malattia a carattere di emergenza-urgenza, come dimostrano le revisioni e confermano le linee guida in letteratura ¹⁻⁶, il raggiungimento di risultati ottimali in termini di riduzione significativa di mortalità e invalidità è legato da una parte all'alta specializzazione e alla maturata esperienza dei centri e degli operatori, quindi ai volumi di produzione, e dall'altra alla condivisione del PDT del singolo paziente da parte di diverse competenze specialistiche.

Si ritiene fondamentale quindi l'integrazione, la condivisione e la messa in Rete, all'interno del Sistema Sanitario Nazionale, delle diverse strutture, unità, funzioni e figure professionali, che vanno dalla medicina di territorio, alla medicina d'urgenza e di Pronto Soccorso, ai centri specialistici di diagnosi e cura ospedalieri che devono di conseguenza essere caratterizzati come a bassa, media e alta complessità assistenziale e risultare strategicamente distribuiti in modo da soddisfare il fabbisogno sull'intero territorio nazionale. E' pertanto logico che, per considerazioni organizzative e socio-economiche, la numerosità dei centri di chirurgia vascolare e la loro distribuzione sul territorio debba tener conto del loro grado di complessità assistenziale.

E' altresì dimostrato che il modello organizzativo di Rete in Sanità migliora le liste d'attesa, l'applicazione di protocolli e linee guida, l'appropriatezza dei PDTA, l'efficacia delle prestazioni erogate, l'efficienza dei centri e degli operatori, la qualità del lavoro e dei risultati, l'outcome e la soddisfazione dei pazienti, la spesa sanitaria, la qualità della ricerca, il progresso tecnologico.

Il Decreto Legge 7 agosto 2012, n 135, noto anche come Decreto Balduzzi, definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi, relativi all'assistenza ospedaliera auspicando un "sistema basato sull'integrazione tra servizi ospedalieri e sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali....in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio ruolo di presa in carico garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi....in modo tale che l'ospedale assicura la gestione del PDT ...coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare". Lo stesso Decreto definisce gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina e fissa per la chirurgia vascolare a 0,8-0,4 il bacino d'utenza per dimensionare le strutture pubbliche o private accreditate. Riconosce inoltre " l'associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure in particolare per :procedure chirurgiche: ...aneurisma aorta addominale, endoarterectomia carotidea, rivascolarizzazione arti inferiori." " Agenas ha la funzione di aggiornare costantemente le conoscenze disponibili sul rapporto tra volumi di attività ed esiti delle cure."

Di recente la SICVE ha prodotto un Documento sul "Ruolo della Chirurgia Vascolare nella Rete dell'emergenza-urgenza", in cui si sottolinea come dall'analisi del monitor 27 di Agenas emerge che la Chirurgia Vascolare è Disciplina HUB, trattandosi di specialità che si occupa di patologie in emergenza-urgenza ad alta Complessità (aneurismi aortici in rottura, dissecazioni aortiche, ischemie acute degli arti, ictus ischemici, politraumi vascolari, per citare solo le più comuni). In tale Documento viene espresso l'auspicio che, "pur condividendo tale impostazione che prevede la suddivisione per la rete dell'emergenza-urgenza e per quella ospedaliera in HUB e SPOKE, sia da prevedere la presenza di una chirurgia vascolare (struttura complessa o semplice-dipartimentale) anche nell'ambito della rete SPOKE". Nelle proposte operative viene indicata anche la differenziazione necessaria tra SPOKE di I livello dove è possibile eseguire chirurgia a bassa complessità assistenziale e SPOKE di II livello dove è possibile eseguire chirurgia a media complessità assistenziale. Per quanto riguarda i bacini d'utenza viene auspicata una "riconsiderazione dei volumi di attività e dei case mix, ritardando la necessità di una Chirurgia Vascolare ogni 200mila abitanti".

La SICVE in questi ultimi tempi ha sentito la necessità di censire sul territorio nazionale i centri di chirurgia vascolare e tramite l'istituzione dei referenti regionali ha già prodotto una prima stima.

Si rende indispensabile procedere ad una definizione più completa e veritiera di tale censimento che dovrà essere necessariamente validato e riconosciuto dalle istituzioni (Regioni, Agenas, altro) per poter poi promuovere e permettere la messa in rete tra di loro e tra loro e il territorio per poter così riqualificare le strutture come HUB-SPOKE II livello-SPOKE I livello e ottimizzare i percorsi di cura dei pazienti (non a caso, ma secondo criteri di appropriatezza).

La SICVE ha anche a disposizione un proprio registro/monitor in rete di procedure assistenziali (SICVEREG) cui afferiscono spontaneamente già gran parte dei Centri di Chirurgia Vascolare su tutto il territorio nazionale, per l'immissione di dati relativi a tipologie di patologia e classe di rischio, prestazioni chirurgiche effettuate e outcome a breve termine.

2. Obiettivi

Gli obiettivi principali sono :

- realizzare ed implementare una Rete di Centri di Chirurgia Vascolare Endovascolare (Unità Operative di CHirurgia Vascolare -UOCHV) a disposizione su tutto il territorio nazionale, distribuiti e riqualificati come Centri HUB e SPOKE a seconda del livello di complessità assistenziale in grado di erogare;
- ottimizzare il percorso di diagnosi e cura del paziente vasculopatico in modo da offrirgli il Centro più vicino e più appropriato.

Gli obiettivi secondari sono:

- migliorare e rendere più appropriati i percorsi di diagnosi e cura dei pazienti;
- migliorare l'outcome dei pazienti;
- promuovere, implementare e validare il Registro di Chirurgia Vascolare (SICVEREG);
- promuovere iniziative per la specializzazione, ma anche la cooperazione, l'integrazione e la comunicazione fra le diverse figure professionali, le varie strutture sanitarie, universitarie e ospedaliere, e fra esse e il territorio, anche con l'utilizzo di servizi innovativi di messa in rete elettronica (e-Health, fascicolo sanitario elettronico, ecc.);
- applicare i criteri che possano consentire da una parte una migliore organizzazione delle strutture sanitarie e dall'altra una più appropriata allocazione delle risorse in rapporto alle esigenze del percorso di cura del paziente, evitando l'uso improprio ed inadeguato delle risorse stesse;
- fornire dati ed elementi reali per lo sviluppo di ricerche in ambito epidemiologico, clinico e gestionale;
- riconoscere ed implementare gli aspetti fondamentali e decisivi in materia di *Health Technology Assessment*.

3. Procedure Operative

La SICVE predispone nel proprio web service un'area dedicata in cui mappare e mettere in rete i Centri di Chirurgia Vascolare Endovascolare per singola regione/ASL che risulteranno da un censimento definitivo.

Ogni Centro (UOCHV) sarà caratterizzato come HUB/Spoke II livello/Spoke I livello a seconda delle proprie dotazioni strutturali e funzionali come espresse nei requisiti nell'allegato A.

Tale caratterizzazione sarà il risultato di un'autocertificazione firmata dal Responsabile dell'UOCHV e vidimata dalla Direzione Sanitaria del Centro, ai quali verrà consegnato questo Documento.

I referenti regionali SICVE provvederanno a contattare e a fornire ai Responsabili delle UOCHV il Documento e provvederanno poi alla raccolta delle autocertificazioni e all'invio delle stesse al Coordinatore dei referenti regionali SICVE. I referenti regionali eserciteranno poi la funzione di auditing e monitoring per SICVE, potendo accedere ai dati SDO regionali.

Ogni UOCHV, oltre ad essere caratterizzata e messa in rete da SICVE come HUB/Spoke II livello/Spoke I livello, sarà segnalata in rete come partecipante al Registro SICVEREG e quindi "riconosciuto da SICVE".

Requisito essenziale affinché l'UOCHV possa essere messa in rete sarà che il suo Responsabile risulti regolarmente iscritto a SICVE e in regola con le norme statutarie.

La messa in rete dei Centri è prevista entro fine settembre 2014.

4. Modello di Organizzazione in Rete

Il modello proposto in questo Documento è di "shared care", di larga condivisione e messa in rete dei Centri di Chirurgia Vascolare Endovascolare e delle diverse figure professionali sanitarie interessate nel PDT del paziente con malattia vascolare dalla fase di diagnosi a quella del ricovero e a quella del controllo post dimissione almeno a breve e medio termine.

Il primo criterio guida è che il paziente con malattia vascolare debba essere riconosciuto (in caso di acuzie immediatamente ricoverato in un Pronto Soccorso/DEA) e diagnosticato secondo criteri condivisi e debba quindi seguire un PDT appropriato come secondo linee guida già approvate da SICVE e costantemente aggiornate.

Il PDT deve prevedere quindi una diagnosi precisa ed accurata e, qualora indicato, un ricovero appropriato con livello adeguato di assistenza presso un'Unità Operativa di CHirurgia Vascolare (UOCHV) in grado di offrire una complessità assistenziale (bassa, media e alta) congrua con la tipologia e complessità della patologia,

caratterizzata quindi come HUB/Spoke II livello/Spoke I livello secondo i criteri espressi nell'Allegato A "Requisiti strutturali e funzionali". Tale UOCHV risulterà messa in rete affinché possa condividere Linee Guide e protocolli comportamentali di diagnosi, terapia e follow up nel rispetto delle Linee Guida nazionali e internazionali¹⁻⁶ per consentire l'assistenza più adeguata e il PDT più appropriato.

Qualora una UOCHV idonea non fosse disponibile sul posto, la Struttura Ospedaliera potrà indicare il ricovero presso altra Struttura Ospedaliera dotata di UOCHV ritenuta più idonea o garantire il trasferimento presso di essa, con la propria organizzazione interna o attraverso la Rete Emergenza-Urgenza (118), in caso di patologia vascolare a carattere di emergenza-urgenza.

Il secondo criterio guida è che la rete dei Centri di Chirurgia Vascolare Endovascolare debba integrarsi con altre reti di patologia Cardio Cerebro Vascolare (Rete Infarto, Rete Ictus, Rete Riabilitazione CardioVascolare ecc.) o di altri percorsi assistenziali.

Ad esempio, specificamente nel caso di steno-ostruzione carotidea e ictus in fase acuta (TIA recidivante, ictus in evolution, paziente instabile ecc), la rete dei Centri di Chirurgia Vascolare Endovascolare deve fare riferimento alla Rete delle Stroke Unit (ovvero delle Unità di Cura Cerebrovascolare, strutture dedicate alla diagnosi ed al trattamento della patologia cerebrovascolare in fase acuta), la quale prevede anche Stroke Unit di alta complessità assistenziale quindi HUB rispetto ad altre Stroke Unit di livello inferiore territoriali non aventi le stesse dotazioni multi professionali, mentre nel caso di stenosi carotidea asintomatica o sintomatica a paziente stabile (TIA, minor stroke) la rete dei Centri di Chirurgia Vascolare Endovascolare potrà fare riferimento anche alle UOCHV spoke di secondo livello.

E così via per le altre reti di patologia, ad esempio qualora il paziente vasculopatico periferico sia già entrato o entri successivamente nella Rete Infarto o nella Rete Riabilitazione Cardio Vascolare.

Il terzo criterio guida è che nella fase di prevenzione e in quella post acuta o post dimissione, almeno a breve e medio termine, il paziente debba essere seguito e controllato in condivisione tra lo Specialista intraospedaliero che interviene nel PDT e il proprio Medico di Medicina Generale su territorio.

5. Criteri di Appropriatezza nei Percorsi Diagnostico-Terapeutici

Vengono qui esplicitati i principali criteri e indicatori di PDT per principali patologie vascolari al fine di promuovere e garantire le procedure più opportune e più appropriate e l'osservazione degli standard di qualità e di appropriatezza.

5.1 Steno-ostruzione carotidea extracranica :

- La procedura chirurgica di correzione della steno-ostruzione carotidea sintomatica si ritiene appropriata se fa parte integrante del PDT- Rete Ictus del paziente con malattia cerebrovascolare acuta. Come tale deve essere erogata su richiesta, quando ritenuta opportuna, della Stroke Unit della Rete Stroke alla UOCHV ritenuta idonea, cioè rispondente ai requisiti strutturali e funzionali previsti in questo Documento (Allegato A) (della stessa Azienda Ospedaliera se la Stroke Unit è di III livello o di Azienda Ospedaliera diversa se la Stroke Unit è di I o II livello) che gestisce l'intera fase pre, intra e post operatoria del paziente, condividendo con la Stroke Unit in particolare :
 - a) l'indicazione, la preparazione e la decisione sul timing all'intervento (timing appropriato: entro 15 giorni dal sintomo indice se TIA o Minor Stroke, in accordo con i più attuali orientamenti della letteratura internazionale; in emergenza se TIA recidivante / ictus in evolution con coscienza conservata);
 - b) il monitoraggio del paziente;
 - c) la gestione di eventuali eventi avversi conseguenti o in rapporto con l'intervento chirurgico;
 - d) l'outcome e la fase riabilitativa del paziente.
- E' opportuna l'identificazione sul territorio delle Strutture Ospedaliere dotate di UOCHV idonee (II o III livello) e collegate a ciascuna Stroke Unit di II livello della Rete Stroke. Si ritiene appropriato il ricovero, anche in urgenza (entro 48 h) se opportuno, in UOCHV di secondo livello (a media

complessità assistenziale) oltre che di terzo livello (ad alta complessità assistenziale) in caso di TIA o minor stroke e paziente stabile, mentre è indicato il ricovero in emergenza solo in UOCHV di terzo livello (ad alta complessità assistenziale) in caso di TIA recidivante/ictus in evolution e paziente instabile.

- E' opportuno che Protocolli d'Intesa specifici vengano sottoscritti tra le Aziende Ospedaliere Spoke della Rete Stroke, cioè dotate di Stroke Unit di II livello, quindi senza UOCHV, ritenuta strutturalmente essenziale per qualificare appunto la Stroke Unit di III livello, e le Aziende Ospedaliere dotate di UOCHV di secondo o terzo livello per soddisfare i suddetti criteri di appropriatezza.
- La procedura chirurgica di correzione della stenosi carotidea asintomatica si ritiene appropriata se viene condivisa con il medico di medicina generale o specialista (neurologo, internista, diabetologo, cardiologo, nefrologo, anestesista ecc.) che ha in cura il paziente, in merito alla valutazione rischio/beneficio della terapia chirurgica vs terapia medica. Si ritiene appropriato il ricovero programmato in UOCHV di secondo o terzo livello.
- L'endoarterectomia è da considerarsi quale tecnica chirurgica di prima scelta, mentre lo stenting con adeguato sistema di protezione cerebrale, se non controindicato, è da preferire in casi particolari quali condizioni anatomiche sfavorevoli o condizioni cardio-respiratorie ritenute a rischio per l'endoarterectomia. Nei casi in cui si ritiene (valutazione interdisciplinare condivisa) che il rischio periprocedurale, endoarterectomia o stenting, possa essere superiore al rischio della sola terapia medica (Best Medical Therapy), è indicato limitarsi a questa.
- L'UOCHV per potersi ritenere idonea e di riferimento rispetto alla Stroke Unit di II o III livello deve :
 - a) condividere l'intero PDT del paziente in team con le altre UU.OO. e competenze specialistiche interessate e messe in Rete e principalmente di Neurologia /Stroke Unit, Medicina Interna, Medicina d'Urgenza e PS, Radiologia Diagnostica, Radiologia Interventistica, Cardiologia Clinica, Cardiologia Interventistica, Anestesiologia e Rianimazione;
 - b) essere in grado di effettuare entrambe le procedure chirurgiche, endoarterectomia/stenting; nel caso in cui fosse impossibilitata (per motivi organizzativi, insufficiente expertise, ecc.) ad offrire una delle due soluzioni deve inviare il paziente ad un'altra UOCHV adeguata;
 - c) certificare un tasso di incidenza di complicanze (morte, ogni tipo di ictus, IMA) perioperatorie inferiore a 6 % in caso di stenosi carotidea sintomatica e ben inferiore a 3% in caso di stenosi carotidea asintomatica, sia per le procedure di endoarterectomia che per quelle di stenting.

5.2 Aneurisma aortico addominale (AAA).

5.2.1 Sintomatico o in rottura ⁷⁻¹⁵:

Dalla revisione della letteratura e dei data base amministrativi emerge che :

- a) il tasso di eleggibilità morfologica e di esecuzione della correzione endovascolare per aneurisma rotto sono in costante crescita;
- b) il tasso complessivo di mortalità peri e post operatoria è in costante miglioramento nella correzione open ma soprattutto risulta ancora migliore con le più recenti tecniche di correzione endoprotesica (EVAR) e in ogni caso nelle strutture a più elevato volume di procedure e a maggiore complessità assistenziale.

Pertanto in caso di sospetto diagnostico di AAA rotto o sintomatico:

- 1) Se il paziente mostra segni di shock o di instabilità dei parametri vitali, prima ancora di eseguire AngioTC toraco-addominale, è opportuno mettere in atto tutte le procedure necessarie a garantire un livello soddisfacente dei parametri cardio-respiratori, compresa l'ipotensione controllata.
- 2) Anche solo in caso di sospetta rottura di AAA o comunque di sospetto AAA sintomatico l'AngioTC addome è da eseguire in emergenza previo ricovero presso il DEA o PS più vicino.
- 3) In caso di AAA con colletto sottorenale e segni clinici e morfologici di fissurazione (crescent sign, contained rupture, ecc.) o rottura franca è indicato un intervento in emergenza di correzione chirurgica con ricovero immediato presso una UOCHV di III livello o di II livello, in particolare se il paziente è già ricoverato presso una struttura ospedaliera con UOCHV di II livello, e se è giudicato non trasferibile.
- 4) Una UOCHV di III livello per essere ritenuta idonea deve possedere i seguenti requisiti :
 - a) tasso di mortalità perioperatoria (a 1 mese dalla procedura) < 3 % per AAA in elezione;
 - b) deve essere in grado di offrire un'adeguata e completa assistenza interdisciplinare (Terapia Intensiva, UCIC, internistica, cardiologica, radiologica, nefrologica) peri-operatoria;
 - c) deve essere in grado di offrire entrambe le soluzioni chirurgiche, open ed endovasale;
 - d) deve avere a disposizione uno staff dedicato e un magazzino sufficiente e aggiornato di devices in caso di soluzione endoprotetica, ovvero adeguata organizzazione che abbia già dato prova di efficienza certificabile.
- 5) Specie se il paziente presenta un quadro di shock emorragico, ed è possibile scegliere in emergenza tra tecnica open ed endoprotetica, è preferibile quest'ultima se la struttura ha una maturata esperienza con tale tecnica, altrimenti la tecnica open è mandatoria.
- 6) E' indicato il ricovero in Terapia Intensiva dopo l'intervento in emergenza-urgenza; particolare attenzione va posta all'insorgenza e al trattamento, specie dopo procedura endovasale, di un'eventuale sindrome compartimentale addominale.
- 7) Se clinicamente necessario, la dimissione del paziente dalla struttura per acuti deve preferibilmente avvenire appena possibile per trasferimento presso una Struttura di Riabilitazione.

5.2.2 Asintomatico – in elezione:

- Il rischio di rottura/anno è correlato alle dimensioni, e risulta essere dell'1.0%, 9.4%, 19.1% e 32.5% per AAA <5.4cm, 5.5-5.9 cm, 6.0-6.9 cm e ≥ 7.0 cm, rispettivamente, ed è maggiore in caso di espansione rapida e nel sesso femminile.
- Il tasso di mortalità perioperatoria (entro 30 giorni) viene riportato < 3%.
- Il tasso di mortalità per trattamento di AAA in elezione è significativamente migliore (riduzione >30%) in Ospedali ad elevato ("cut-off": ~30 casi/anno) volume di interventi per AAA.
- Indicazione certa al trattamento in elezione è la diagnosi di AAA infrarenale di diametro ≥ 5.5 cm;
- La correzione chirurgica di un AAA infrarenale di diametro tra 4 e 5.4 cm trova indicazione anche in:
 - soggetti di sesso femminile, giovani con basso rischio chirurgico;
 - rapido accrescimento della lesione aneurismatica (> 0.5 cm/6 mesi; >1 cm/12 mesi);
 - aneurismi sacciformi ("blister" o "evoluzioni aneurismatiche" di ulcere penetranti);
 - caso di lesioni con morfologia "a rischio" per segni di espansione o instabilità del trombo parietale o in sua totale assenza;

- soggetti per cui è stato programmato un intervento chirurgico per altre patologie (benigna/maligna gastrointestinale, genito-urinaria, ortopedica).
- Nei pazienti asintomatici la diagnosi strumentale di I livello è l'ecografia addominale possibilmente associata allo studio color-Doppler. La diagnosi di II livello deve essere eseguita con metodica angio-TC (o angio-RM) estesa allo studio di torace e addome per confermare la presenza e l'estensione dell'AAA e per valutarne anche le caratteristiche anatomiche al fine della scelta dell'opzione terapeutica più idonea (open o endovascolare).
- La scelta della tipologia di trattamento deve essere posta in funzione del profilo di rischio del paziente e delle caratteristiche morfologiche (angolazioni, tortuosità, calcificazioni/trombosi, varianti anatomiche, lesioni aneurismatiche associate) della lesione aneurismatica.
- La valutazione "basale" del rischio perioperatorio deve includere la valutazione della :
 - funzionalità cardiaca (ecocardiografia TT) e/o della riserva coronarica (scintigrafia miocardica vs. eco-stress con dobutamina vs. coronarografia);
 - funzionalità respiratoria (Rx torace 2p, spirometria basale e sotto stress farmacologico);
 - polidistrettualità della lesione aneurismatica (angio-TC torace) ed eco-color-Doppler degli assi arteriosi periferici (coesistenza di AAA e aneurisma periferico: prevalenza ~15%);
 - coesistenza di lesioni steno-ostruttive critiche dei TSA con eco-color-Doppler (stabilire "timing" e priorità della lesione al trattamento chirurgico);
 - compresenza di lesioni associate degli organi viscerali (stomaco/colon/genitourinari etc.) deve prevedere l'approfondimento diagnostico con esame endoscopico specifico
- Dopo accurata e completa valutazione del rischio/beneficio della procedura nel caso si prospetto la soluzione chirurgica, la lesione aneurismatica deve essere trattata possibilmente entro 30 giorni dalla diagnosi con ricovero presso una UOCHV di II o III livello .

5.3 Arteriopatia ostruttiva degli arti inferiori ⁵ :

5.3.1 I pazienti con *Ischemia Critica Cronica (ICC)* degli arti inferiori sono ad alto rischio di amputazione d'arto se non trattati in tempi brevi e in modo appropriato.

In particolare l'*Ischemia Critica Acuta (ICA)* è una situazione clinica ad altissimo rischio di perdita d'arto, se non trattata entro 6-8 ore dall'esordio dei sintomi e quindi deve essere considerata a tutti gli effetti una *emergenza clinica*.

E' indispensabile un approccio interdisciplinare che deve mirare principalmente ad alleviare il dolore ischemico, favorire la guarigione delle lesioni trofiche spesso presenti, evitare l'amputazione dell'arto, migliorare la qualità della vita e prolungare la sopravvivenza di questi pazienti, generalmente affetti da co-morbidità cardiovascolari importanti, in particolare diabete mellito, ipertensione e cardiopatia ischemica, che incidono notevolmente nel determinare un outcome sfavorevole.

Pertanto in caso di ICC o ICA è opportuno :

- Sia che il paziente giunga in PS sia che giunga in ambulatorio specialistico, valutare immediatamente il grado di gravità del quadro clinico per poter provvedere, qualora necessario, ad un ricovero urgente o dilazionato in fascia di priorità "A" e contestualmente inquadrare le co-morbidità cardio-vascolari e internistiche usualmente presenti in questa tipologia di pazienti (cardiopatia ischemica, diabete mellito ecc.);
- Ricoverare il paziente presso una UOCHV di II o III livello e impostare uno studio di "imaging" vascolare in modo da valutare l'indicazione ad una procedura di rivascolarizzazione periferica che deve essere eseguita in tempi brevi per risolvere il quadro di ischemia critica;

- Che l'UOCHV abbia quindi tutte le risorse per eseguire ogni tipo di rivascolarizzazione endovascolare periferica (anche con trombolisi locoregionale) e ogni tipo di rivascolarizzazione chirurgica periferica mediante tecniche di endoarterectomia, bypass con vena omologa, bypass con protesi alloplastica (anche bypass estremi a livello delle arterie del piede);
- Che, laddove non fosse tecnicamente fattibile nessun intervento di rivascolarizzazione periferica, si mettano in atto tutte le terapie conservative per scongiurare un intervento di amputazione maggiore (terapia del dolore, infusione di farmaci vasodilatatori, medicazioni avanzate, amputazioni minori). L'amputazione maggiore dell'arto ischemico (a livello sotto o sopragenicolare) andrà presa in considerazione quando il quadro ischemico, con l'evoluzione delle lesioni trofiche e della sintomatologia dolorosa, non sia più dominabile con queste terapie. E' ipotizzabile che una percentuale < 10% dei casi di pazienti con ischemia critica cronica debba essere considerata per una amputazione maggiore d'emblea laddove non sia considerato attuabile neppure un tentativo di rivascolarizzazione per l'estensione e la gravità delle lesioni trofiche considerando il rischio di setticemia, anche in relazione alle possibilità di ripresa funzionale dell'arto (in particolare pazienti allettati cronici o con aspettativa di vita < 6 mesi).
- Avere una struttura riabilitativa di riferimento per la dimissione del paziente rivascolarizzato, ma con arto con limitazione funzionale, e per la riabilitazione del paziente amputato;
- Avere un ambulatorio dedicato per il follow-up del paziente operato ("graft surveillance") e un ambulatorio per medicazioni avanzate di lesioni trofiche. E' auspicabile una collaborazione e sinergia con strutture analoghe presenti sul territorio (ASL), compresa l'assistenza domiciliare integrata (ADI);
- Avere un ambulatorio di riferimento per la terapia del dolore.

E' opportuno che della stessa Rete di Patologia faccia parte anche la Rete dei Centri Interdipartimentali per la Cura del Piede Diabetico (CICPD), strutture polispecialistiche individuate a livello regionale, che devono essere strettamente collegate con UOCHV di I, II e III livello oltre che con Unità Operative o Servizi di Nefrologia, Infettivologia, Chirurgia Plastica, Ortopedia, ecc. e inoltre con la Medicina Generale e le strutture di territorio. Tali CICPD devono rispondere alle caratteristiche di multidisciplinarietà ed ai requisiti strutturali e funzionali espressi nelle Linee Guida Internazionali per la Cura del Piede Diabetico implementate dal Gruppo di Studio del Piede Diabetico Italiano SID-AMD (allegato C)

5.3.2 Nel paziente con arteriopatia cronica ostruttiva degli arti inferiori caratterizzata da "claudicatio intermittens" (CI) è opportuna un'attenta valutazione dei fattori di rischio e di eventuali comorbidità associate, specie cardiologiche, diabetologiche, nefrologiche, internistiche ecc. dal momento che questa tipologia di pazienti presenta una maggior probabilità statistica di avere un evento cardiovascolare maggiore (infarto, ictus) rispetto alla possibilità di sviluppare un'ischemia critica.

In caso di CI non invalidante o poco invalidante non è appropriata nessuna procedura di rivascolarizzazione (endovascolare o chirurgica) ma è indicato il controllo dei fattori di rischio per l'aterosclerosi, con particolare riferimento alla sospensione del fumo, associato a terapia con antiaggreganti piastrinici, statine, oltre all'accurato controllo di ipertensione, diabete etc.

E' dimostrato dalla letteratura che un programma di esercizio fisico programmato, soprattutto se eseguito presso una struttura di Riabilitazione Cardiologica, è efficace nell'aumentare l'intervallo libero di marcia e quindi migliorare la qualità di vita di questi pazienti, che di regola possono essere seguiti da ambulatori specialistici territoriali o meglio dal Medico di Medicina Generale.

Nel follow-up non è appropriata la ripetizione periodica di esami EcoColorDoppler, ma è sufficiente la rilevazione dell'indice pressorio caviglia/braccio (Indice di Winsor).

In caso di CI invalidante è appropriata la rivascolarizzazione endovascolare o chirurgica presso una UOCHV di II o III livello, dopo uno studio di "imaging" vascolare e solo dopo attenta valutazione del rischio/beneficio della procedura soprattutto in relazione all'età e alle condizioni generali del paziente. A tal proposito va ricordato che le procedure di rivascolarizzazione endovascolare del distretto aorto-iliaco presentano ottimi risultati di pervietà a distanza (>70% a 5 anni), mentre le procure endovascolari del distretto femoro-popliteo

hanno percentuali di pervietà scadenti (<50% a 2 anni): queste considerazioni sono estremamente importanti in un'ottica di valutazione dell'outcome in termini di costo/beneficio.

La rivascolarizzazione chirurgica sottogenicolare in caso di CI, anche invalidante, generalmente non è appropriata e deve essere effettuata in casi del tutto particolari.

5.4 Flebopatia degli arti inferiori.

5.4.1 Flebopatia cronica.

Le flebopatie croniche rivestono notevole importanza epidemiologica perchè investono il 28% della popolazione con elevati indici di morbidità e inabilità. Le sindromi varicose rappresentano il capitolo principale. Tale patologia viene trattata da più specialisti e, ad esempio in Lombardia, si eseguono oltre 28.000 interventi /anno su un totale, nazionale, di 105.000.

L'avvento di nuove tecnologie e l'appropriato uso della diagnostica eco-sonografica ha modificato in modo "radicale" l'approccio terapeutico, fino a pochi anni fa rappresentato dal solo intervento chirurgico di safenectomia o varicectomia. Infatti si stanno utilizzando, in modo sempre più efficace e sicuro, le metodologie Laser, Radiofrequenza. Sclero-Mousse e gli interventi emodinamici conservativi quale la CHIVA.

Purtroppo attualmente non è possibile codificare in modo differenziato il trattamento eseguito che va da una rapida e semplicissima flebectomia (pochi minuti, in anestesia locale) a complessi interventi per Varici Recidive (anestesia generale, ricovero di qualche giorno, lunga durata dell'intervento).

Per indicare la tipologia di trattamento e il PDT più appropriato sarebbero necessari studi controllati, possibilmente randomizzati, in centri dedicati e in grado di offrire al paziente tutte le soluzioni possibili onde per ricavare le evidenze necessarie per raccomandare la procedura più indicata a seconda della tipologia del quadro clinico e emodinamico periferico.

Si ritiene comunque che l'intero PDT possa essere di competenza della UOCHV di Primo Livello.

5.4.2 Flebopatia acuta. Trombosi Venosa Periferica (TVP) ⁶:

Il paziente con sospetto clinico di TVP deve essere inviato al più presto presso una struttura ospedaliera che disponga di un accesso rapido agli strumenti diagnostici essenziali :

- Ecodoppler (B-mode) venoso,
- Dosaggio ematico in urgenza del D-Dimero.

Flebografia, AngioRMN e AngioTC sono indagini diagnostiche di 2° livello, con indicazione particolare non di routine.

L'aggiunta all'ecografia B-mode del modulo Color e o l'uso del Doppler CW permettono all'esaminatore con esperienza medio/elevata maggiore accuratezza, ma non sono obbligatori per una soddisfacente diagnostica strumentale.

Paziente al primo episodio interessante gli arti inferiori

Vedi Flow Chart 1 in Allegato C

Paziente con sospetto di recidiva di TVP arti inferiori

Vedi Flow Chart 2 in Allegato C

Trattamento e gestione della fase iniziale della TVP

Il paziente con diagnosi di TVP può essere trattato e gestito a domicilio.

Fa eccezione il paziente con diagnosticata TVP iliaco-cavale alla angio TC o con scompenso di circolo e alterazione marcata dei parametri vitali (es. saturazione di O₂ in aria ambiente inferiore al 90% o PO₂ inferiore a 60 mmHg all'emogasanalisi; ipotensione arteriosa con PA < 100 mmHg), oppure nei casi di associazione con dolore toracico, o condizioni correlate quali diatesi emorragica, recente ictus, grave insufficienza renale -CrCl < 30ml/min-, grave obesità, storia di trombocitopenia da eparina, alcolismo e altre tossicodipendenze, psicosi e deterioramento cognitivo, insufficiente supporto sociale/familiare.

Tale paziente deve essere ricoverato e trattato in costanza di degenza.

Per percorso presidiato si deve intendere assicurare il controllo dei parametri coagulativi in corso di trattamento con eparina e antagonisti della vitamina- K (warfarin o acenocumarolo) e di alcuni esami ematochimici (es. emocromo, funzionalità renale).

Il paziente in cui il sospetto diagnostico di TVP, indipendentemente dalla gravità dei sintomi e dalla localizzazione prossimale (distretto iliaco, femorale e popliteo) o distale, sia confermato oggettivamente deve essere trattato al più presto con un iniziale ciclo di terapia anticoagulante per via parenterale (eparina non frazionata, eparina a basso peso molecolare o fondaparinux). Il più presto possibile tale terapia parenterale va embricata con la terapia con anticoagulante orale (warfarin o acenocumarolo) e, un volta raggiunto il range terapeutico INR (tra 2.0 e 3.0) la terapia eparinica potrà essere sospesa, dopo un periodo di embrocazione di almeno 5 giorni. Il paziente con TVP deve essere incoraggiato a deambulare precocemente con appropriata contenzione elastica.

Il paziente va riferito il più presto possibile ad uno specialista medico (ematologo, internista, laddove esistano Centri Trombosi) che ne assicuri il follow-up e decida tipo e durata ottimali della terapia anticoagulante.

A paziente stabilizzato e terminata la fase acuta (almeno un mese dall'esordio della sintomatologia) il paziente verrà sottoposto ad uno screening di trombofilia che comprenda anomalie coagulatorie congenite o acquisite predisponenti a trombosi tranne i dosaggi di proteine che risentono dell'effetto della terapia anticoagulante con antagonisti della vitamina K. Tali dosaggi andranno programmati ad almeno un mese dalla sospensione della stessa.

In pazienti con TVP idiopatica, ovvero insorta senza apprenti fattori di rischio, va ricercata una neoplasia occulta con approfondimenti strumentali decisi caso per caso, anche nell'ambito del percorso ambulatoriale presidiato.

Fa parte dell'inquadramento iniziale la prescrizione corretta e personalizzata di calza elastocompressiva.

Il paziente con TVP deve essere incoraggiato a deambulare con appropriata contenzione elastica.

E' opportuna una completa informazione ed educazione del paziente in collaborazione con il Medico di Medicina Generale alla corretta gestione domiciliare della terapia e del monitoraggio degli esami di laboratorio.

Allegato A –

Requisiti strutturali e funzionali dell'UOCHV di Primo Livello SPOKE

Day Surgery – Chirurgia Ambulatoriale

- Autonomia gestionale con personale medico ed infermieristico dedicato
- Attività chirurgica ambulatoriale a Bassa Complessità Assistenziale (es. Flebologia, Trattamento Lesioni Trofiche Vascolari)
- Possibile accettazione esterna dell'urgenza
- Accessibilità a sistema informatico che consenta, oltre alla gestione ospedaliera, l'attività di Registro e comunicazione in Rete con le altre strutture ospedaliere e territoriali con UOCHV di Secondo e Terzo Livello

Ambulatori Visite

- Attività ambulatoriale dedicata alla patologia vascolare arteriosa e venosa, collegata in rete con altre attività ambulatoriali specialistiche (cardiologica, neurologica, diabetologica, nefrologica, ematologica, internistica, dismetabolica) con personale infermieristico adeguatamente formato
- Ambulatorio di vulnologia e medicazioni avanzate

Ambulatori di Diagnostica

- EcoColorDoppler TSA e periferici, arterioso e venoso (almeno 12 ore/sett. o 2000 esami/anno)
- Devono poter avere accesso ad almeno 1 apparecchiatura EcoColorDoppler e ad almeno 1 apparecchiatura Doppler CW portatile
- Connessi alle attività delle UOCHV di Secondo e Terzo Livello in rete

Blocco Operatorio

- Sala Operatoria dedicata (almeno 3 accessi settimanali) attrezzata per interventi a Bassa Complessità Assistenziale
- Disponibilità in Sala Operatoria di EcoColorDoppler
- Accessibilità alla sala operatoria che preveda annualmente almeno 200 interventi di chirurgia flebologica o comunque di BCA

Dotazione Struttura Ospedaliera

Pronto Soccorso
Servizio di Radiologia con sala angiografica, angioTC, AngioRM

Requisiti strutturali e funzionali dell'UOCHV di Secondo Livello SPOKE

Reparto Degenza	• Autonomia gestionale con personale medico ed infermieristico dedicato (secondo standard regionali) • Attività chirurgica ambulatoriale a Bassa Complessità Assistenziale e chirurgica arteriosa a Media Complessità Assistenziale (P.M. DRG 1,0-1,5) • Possibile accettazione esterna dell'urgenza • Accessibilità alla sala operatoria che preveda annualmente almeno 200 interventi di chirurgia arteriosa tra open ed endovascolare (almeno 40 carotidei e 30 per AAA) • Accessibilità a letti per Terapia Intensiva e sub-Intensiva Post-Operatoria nella stessa Azienda o Gruppo Ospedaliero • Pronta disponibilità di almeno 2 Chirurghi vascolari 24/7 • Accessibilità a sistema informatico che consenta, oltre alla gestione ospedaliera, l'attività di Registro e comunicazione in Rete con le altre strutture ospedaliere con UOCHV di Primo e Terzo Livello
Ambulatori Visite	• Attività ambulatoriale dedicata alla patologia vascolare periferica arteriosa e venosa, collegata in rete con altre attività ambulatoriali specialistiche (cardiologica, neurologica, diabetologica, nefrologica, anestesilogica, ematologica, internistica, dismetabolica) con personale infermieristico adeguatamente formato • Ambulatorio di vulnologia e medicazioni avanzate
Ambulatori di Diagnostica	• EcoColorDoppler TSA e periferico, arterioso e venoso (almeno 20 ore/sett. o 3000 esami/anno) • Connessi alle attività delle UOCHV di Primo e Terzo Livello in rete • Devono poter avere accesso ad almeno 1 apparecchiatura EcoColorDoppler e ad almeno 1 apparecchiatura Doppler CW portatile
Blocco Operatorio	• Sala Operatoria autonoma e dedicata (almeno 3 accessi settimanali) attrezzata per interventi open ed endovascolari • Apparecchiatura per emorecupero • Angiografo portatile
Dotazione della Struttura Ospedaliera	• DEA (I livello) oppure Pronto Soccorso • Terapia Intensiva generale e sub-intensiva • Servizio di Radiologia con sala angiografica, AngioTc, AngioRM • UO Nefrologia/Dialisi • Centro trasfusionale disponibile 24/ 7

Requisiti strutturali e funzionali dell'UOCHV di Terzo Livello HUB

Reparto Degenza

- Autonomia gestionale con personale medico ed infermieristico dedicato (secondo standard regionali) con numero concordato con ASL di Posti Letto di Ricovero in elezione e emergenza-urgenza
- Attività chirurgica ambulatoriale a Bassa Complessità Assistenziale e chirurgica arteriosa programmata e in emergenza-urgenza a Media e Alta Complessità Assistenziale (P.M. DRG > 1,5)
- Accessibilità alla sala operatoria che preveda annualmente almeno 250 interventi di chirurgia arteriosa tra open ed endovascolare (almeno 50 periferici, 40 carotidei, 30 per AAA, 10 per patologia aorta toracica)
- Accessibilità a letti per Terapia Intensiva e sub-Intensiva Post-Operatoria nella stessa Struttura Ospedaliera
- Pronta disponibilità di almeno 2 Chirurghi vascolari 24/7
- Accessibilità a sistema informatico che consenta, oltre alla gestione ospedaliera, l'attività di Registro e comunicazione in Rete con le altre strutture ospedaliere e territoriali con UOCHV di Primo e Secondo Livello

Ambulatori Visite

- Attività ambulatoriale aziendale, con strutture specifiche dedicate alla patologia vascolare, cardiologica, neurologica, diabetologica, nefrologica, anestesiologicala, ematologica, internistica, dismetabolica con personale infermieristico adeguatamente formato

Ambulatori di Diagnostica

- Ambulatorio di vulnologia e medicazioni avanzate, anche multidisciplinare (chirurgo plastico, dermatologo ecc.)
- EcoColorDoppler TSA e periferici, arteriosi e venosi, vasi addominali con software per eco contrasto (almeno 20 ore/sett. o 3000 esami/anno)
- Connessi alle attività delle UOCHV di Primo e Secondo Livello in rete
- Devono poter avere accesso ad almeno 2 apparecchiature EcoColorDoppler e ad almeno 1 apparecchiatura Doppler CW portatile

Blocco Operatorio

- Sala Operatoria autonoma con personale infermieristico dedicato reperibile 24/7 (almeno 5 accessi settimanali) attrezzata per interventi open ed endovascolari
- Apparecchiatura per emorecupero
- Ecocolor Doppler
- Angiografo portatile
- Accesso ad attrezzatura per videolaparoscopia
- Disponibilità della Sala Operatoria 24/7 per emergenze

Dotazione della Struttura Ospedaliera

- EAS (DEA II livello)
- Terapia Intensiva Polispecialistica e Cardiovascolare
- Unità Coronarica
- Servizio di Radiologia (sala angiografica, angio-TC, angio-RM, radiologia interventistica 24/7)
- UO di Cardiocirurgia, Cardiologia e Servizio di Emodinamica (meglio se organizzate con l'UO di Chirurgia Vascolare in Dipartimento Cardiovascolare)
- UO di Neurologia con Stroke Unit
- UO Nefrologia/Dialisi
- Centro trasfusionale disponibile 24/7

ALLEGATO B

Criteri di Appropriatezza nella Definizione di Patologia

Per stenosi carotidea s'intende una riduzione del lume dell'arteria carotide alla biforcazione e comunque con interessamento della carotide interna nel tratto extracranico, dovuta alla presenza di placca ateromastica.

E' opportuno definire sempre il grado preciso di stenosi in termini di percentuale, assumendo come 0% l'assenza di stenosi e come 100% l'occlusione. Il termine "stenosi emodinamicamente significativa" dovrebbe essere abolito, poiché privo di significato clinico-pratico. Può essere espresso anche un range di grado di stenosi non superiore comunque a 10%.

Esistono due metodi angiografici di misurazione del grado di stenosi il metodo NASCET¹² e il metodo ECST¹³. Il primo rapporta il diametro del lume residuo nel punto di massima stenosi con il diametro del lume a valle della stenosi. Il secondo rapporta il diametro del lume residuo nel punto di massima stenosi con il diametro del lume del vaso nello stesso punto escludendo la lesione ateromastica. Esiste una correlazione tra i gradi espressi nei due metodi (vedi Tab. 1).

NASCET	-76%	-17%	0	30%	50%	70%	99%	100%
ECST	0	30%	24%	58%	70%	82%	99%	100%

Tab.1 Correlazioni tra gradi di stenosi tra Metodi NASCET e ECST

E' opportuno indicare sempre in qualunque referto di stenosi il metodo di riferimento. In assenza di referto angiografico, come spesso succede, il grado di stenosi può essere ricavato sull'immagine colorimetrica doppler e sul reperto velocimetrico mediante volume campione posizionato sul punto di maggiore stenosi, con angolo θ tra 40 e 60 gradi. Esistono delle tabelle di equivalenza tra grado di stenosi misurato tramite angiografia e grado di stenosi misurato tramite velocimetria eco-doppler (vedi Tab 2) .

Carotid artery stenosis (%)	PSV ICA (m/s)	EDV ICA (m/s)	PSV ICA/ PSV CCA
0-29	<1.1	<0.4	<3.2
30-49	1.1-1.3	<0.4	<3.2
50-59	>1.3-2.3	<0.4	<3.2
60-69	>1.3-2.3	0.4-1.1	3.2-4.0
70-79	>2.3	>1.1-1.4	>4.0
80-99	>2.3	>1.4	>4.0
100	Absent	Absent	Absent

Tab.2 Equivalenze tra gradi di stenosi, misurate con angiografia secondo metodo NASCET, e e velocimetrie rilevate mediante eco-doppler.

Legenda: PSV= peak systolic velocity. ICA=carotide interna. EDV=end diastolic velocity. CCA=carotide comune

E' opportuno descrivere quando possibile anche le caratteristiche della placca ateromastica responsabile della stenosi in termini di consistenza (molle, media, dura), regolarità di superficie (liscia, ulcerata), composizione (omogenea, disomogenea).

Per stenosi carotidea sintomatica s'intende una stenosi carotidea in un paziente stabile neurologicamente che ha avuto un sintomo clinico di TIA o ictus minore *nei 6 mesi precedenti*. Tale intervallo di 6 mesi fu stabilito per convenzione nei principali trials chirurgici, il NASCET e l'ECST¹²⁻¹³. Sulla base di recenti revisioni di questi studi nelle linee guida nazionali SPREAD⁴ si è ritenuto indicato ridurre tale intervallo a non più di 3 mesi.

Per stenosi carotidea asintomatica s'intende una stenosi carotidea che non rientra nella definizione di stenosi sintomatica (vedi sopra).

Definizione di TIA.

Su indicazione dell'OMS, il TIA (*transient ischemic attack*) è definito come «improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale cerebrale o visivo, attribuibile ad insufficiente apporto di sangue, di durata inferiore alle 24 ore.» Recentemente è stata proposta una ridefinizione del concetto di TIA in merito alla durata inferiore ad 1 ora.

Definizione di Ictus Minore.

Per ictus minore s'intende l'improvvisa comparsa di segni riferibili a deficit focale delle funzioni cerebrali con esiti di minima o nessuna compromissione dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana (usualmente con punteggio NIHSS ≤ 5).

Definizione di Ictus Maggiore

Improvvisa comparsa di segni riferibili a deficit focale e/o globale (coma) delle funzioni cerebrali, di durata superiore a 24 ore o ad esito infausto (usualmente con punteggio NIHSS > 5).

Definizione di Aneurisma Aortico Addominale (AAA) sintomatico o in rottura.

La differenziazione tra aneurisma aortico addominale rotto e sintomatico è determinante in termini clinici e statistici.

Si definisce rottura di un aneurisma la presenza di stravasamento ematico al di fuori della parete aortica, che comporta l'indicazione a una correzione chirurgica in emergenza. Gli aneurismi sono sintomatici, con sintomi di gravità variabile, quando in assenza di una chiara discontinuità della parete aortica, il quadro di dolore è correlato all'espansione acuta della parete o ad un'emorragia intramurale, preludio alla rottura vera e propria e che pertanto richiede la correzione chirurgica urgente.

Definizione di Ischemia Critica degli Arti inferiori

L'ischemia critica degli arti inferiori è una manifestazione clinica dell'arteriopatia cronica ostruttiva (vedi Tab 3) caratterizzata dalla presenza di un tipico dolore ischemico a riposo perdurante da più di due settimane e associato, negli stadi più avanzati, alla presenza di lesioni ischemiche cutanee, ulcere e gangrena.

Table D1. Classification of peripheral arterial disease:
Fontaine's stages and Rutherford's categories

<i>Fontaine</i>		<i>Rutherford</i>		
<i>Stage</i>	<i>Clinical</i>	<i>Grade</i>	<i>Category</i>	<i>Clinical</i>
I	Asymptomatic	0	0	Asymptomatic
IIa	Mild claudication	I	1	Mild claudication
IIb	Moderate to severe claudication	I	2	Moderate claudication
		I	3	Severe claudication
III	Ischemic rest pain	II	4	Ischemic rest pain
IV	Ulceration or gangrene	III	5	Minor tissue loss
		III	6	Major tissue loss

Tab.3 . Arteriopatia cronica ostruttiva : stadi di Fontaine e classificazione di Rutherford.

Per confermare la diagnosi di ischemia critica è importante escludere le sindromi dolorose non ischemiche degli arti, soprattutto quelle associate a lesioni cutanee non determinate da deficit di irrorazione arteriosa (lesioni venose, neuropatiche, ad eziologia autoimmune etc); per questo, oltre all'esame clinico, spesso già sufficiente, è necessario confermare la diagnosi con l'indice Caviglia/Braccio eseguito con un semplice apparecchio doppler a onda continua, oppure con un esame di ossimetria transcutanea a livello dell'alluce (tcPO2).

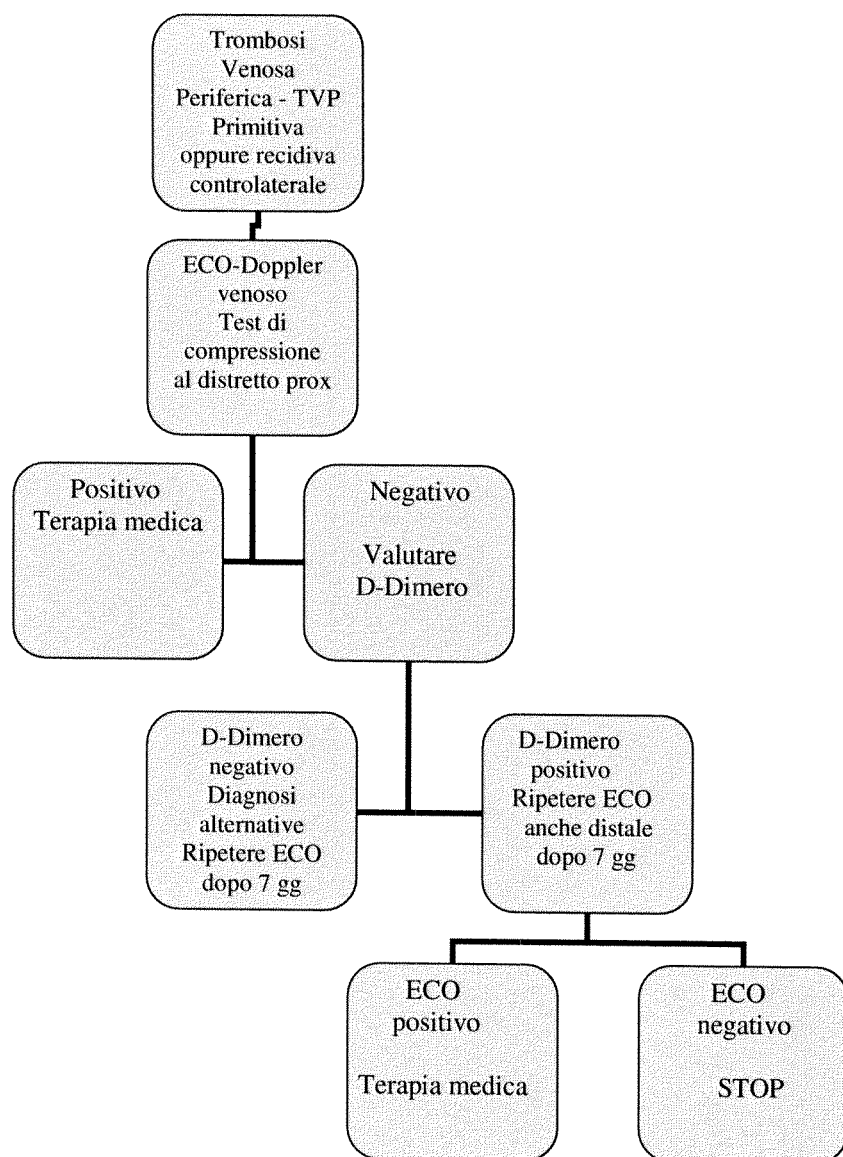
Generalmente una pressione a livello della caviglia ≤ 50 mmHg o una tcPO2 <30 mmHg confermano la presenza di ischemia critica.

Particolare attenzione deve essere posta alla diagnosi di "piede diabetico", cioè alle condizioni neuro-trofiche del piede in pazienti affetti da diabete mellito, soprattutto in presenza di piede diabetico infetto, che necessita di trattamento locale chirurgico urgente.

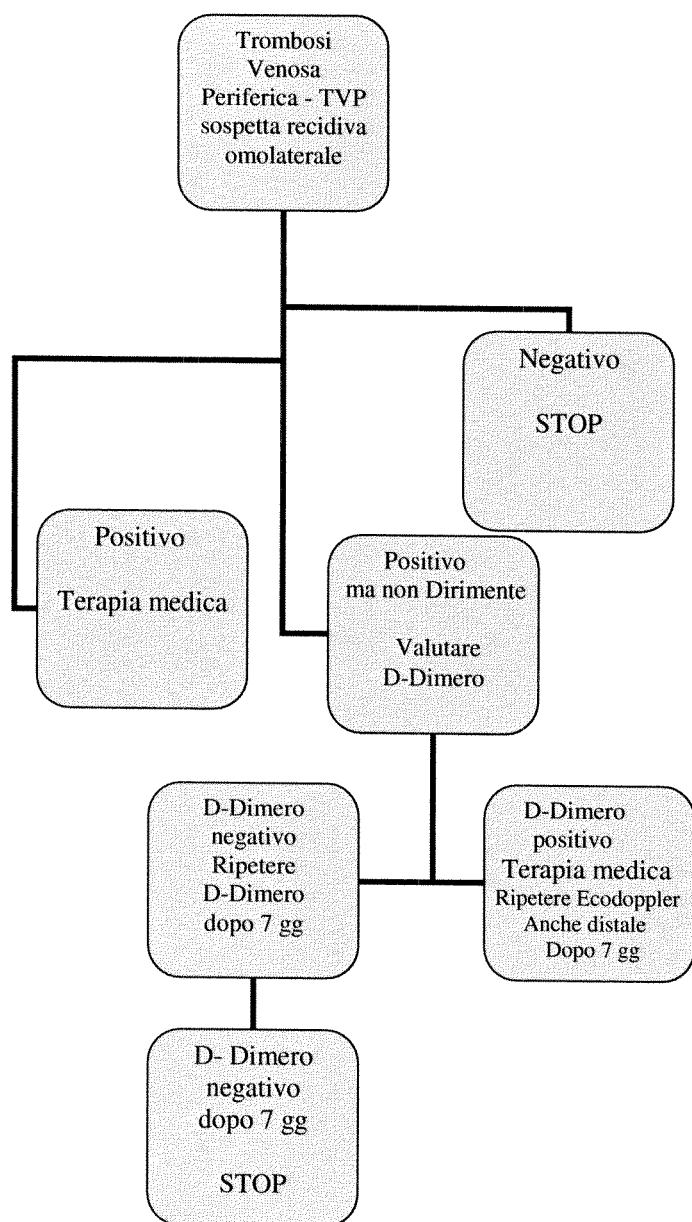
L'ischemia acuta di un arto è una condizione clinica determinata da una improvvisa riduzione della perfusione arteriosa dovuta a tromboembolia periferica, trombosi nativa arteriosa, trombosi di aneurisma periferico, trauma, trombosi di bypass periferico. Il quadro clinico è caratterizzato dall'insorgenza di dolore acuto all'arto di intensità tale che in alcuni casi può portare a paralisi ed insensibilità completa: in questi casi il ritardo di procedure di rivascolarizzazione oltre le 6-8 ore comporta la necessità di procedere ad amputazione maggiore dell'arto per la presenza di necrosi delle masse muscolari.

ALLEGATO C

Flow Chart 1



Flow Chart 2



Bibliografia

1. Bladin et al. The carotid stenting guidelines Committee: An Inter Collegiate Committee of the RACP, RACS, RANZCR. *INTERN MED J* 2011; 41: 344-347
2. Furie et al. AHA/ASA Guidelines for the prevention of stroke. *STROKE* 2011; 42: 227- 276
3. Brott et al. AHA/ASA/ACCF/ AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS Guidelines on the management of patients with extracranial carotid and vertebral disease: Executive Summary. *STROKE* 2011; 42: 420-463
4. Lanza G, Ricci S, Setacci C, et al. An update on Italian Stroke Organization guidelines on carotid endarterectomy and stenting. *Int J Stroke* 2013
5. Guyatt GH, Norris SL, Schulman S, Hirsh J, Eckman MH, Akl EA, Crowther M, Vandvik PO, Eikelboom JW, McDonagh MS, Lewis SZ, Gutterman DD, Cook DJ, Schünemann HJ; American College of Chest Physicians. Methodology for the development of antithrombotic therapy and prevention of thrombosis guidelines: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012 Feb;141(2 Suppl):53S-70S.
6. Holt PJ et al. Epidemiological study of the relationship between volume and outcome after abdominal aortic aneurysm surgery in the UK from 2000 to 2005. *Br J Surg* 2007;94(4):441-448
7. Egorova N et al. National outcomes for the treatment of ruptured abdominal aortic aneurysm: comparison of open versus endovascular repairs. *J Vasc Surg* 2008;48(5):1092-1100
8. McPhee J et al. Endovascular treatment of ruptured abdominal aortic aneurysms in the United States (2001-2006): a significant survival benefit over open repair is independently associated with increased institutional volume. *J Vasc Surg* 2009;49(4):817-826
9. Meguid RA et al. Impact of hospital teaching status on survival from ruptured abdominal aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg* 2009;50(2):243-250
10. Maybury RS et al. Rural hospitals face a higher burden of ruptured abdominal aortic aneurysm and are more likely to transfer patients for emergent repair. *J Am Coll Surg* 2011;212(6):1061-1067
11. Earnshaw JJ et al. Remodelling of Vascular (Surgical) Services in the UK. *ESVS* 2012; 44: 465-7
12. Vascular Society of Great Britain and Ireland.: Framework for improving the results of elective AAA repair. (2012) <http://www.vascularsociety.org.uk>
13. Vascular Society of Great Britain and Ireland.: Provision of service for patients with vascular disease.(2012) <http://www.vascularsociety.org.uk>
14. Vascular Society of Great Britain and Ireland.: Outcomes after elective repair of infra-renal abdominal aortic aneurysm.(2012) <http://www.vascularsociety.org.uk>
15. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis. *N Engl J Med*. 1991;325:445-453.
16. European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group. MRC European Carotid Surgery Trial: interim results for symptomatic patients with severe or mild carotid stenosis. *Lancet*. 1991;337:1235-1243.

Ancona, 14/12/2015
ALLEGATO 3 ALLA
DETERMINA N. 846/DC
DEL 24 DIC. 2015

III. ORGANIZZAZIONE PERCORSO GESTIONE GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

Ruolo

Gruppo di lavoro ASUR Gravidanza a basso rischio
Direttori UO Ostetricia e Ginecologia
Direttori di Distretto
Responsabili Consultori Territoriali

Applicazione Normativa

ASUR

DGRM 1219/2014 "Modifica della deliberazione n. 1345 del 30/9/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n. 551 del 17/4/2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR"

DM 70/2015: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"

Determina DG ASUR 35/2015 "Costituzione del Comitato Percorso Nascita Aziendale ASUR Marche"

Determina DG ASUR 695/2015 "Integrazione e modifica della Determina ASURDG n.35/2015"

Obiettivi

- Definizione del protocollo per la gestione della gravidanza a basso rischio

Documentazione prodotta

Barrare la casella corrispondente

1. Documento (protocollo)

✓

2. Allegati

✓

3. Flow chart

✓

Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

Ruolo	Nome	Cognome	Firma
Presidente	NELVIO	CETER	
Direttore F.R.	MARIO	FAROTTI	
Presidente	Giuseppe	MICUCCI	
DIRETTORE C.F.	LUIGI	VERNI	
DI	GIORGIO	PICCOLI	
RESP. C.F.	RITA	GATTI	Rita Gatti

DIRETTORE

ANALDO

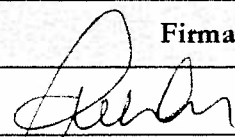
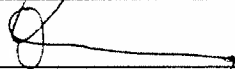
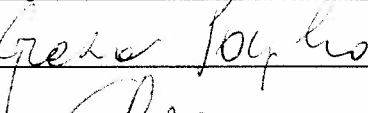
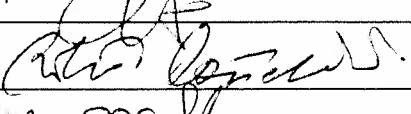
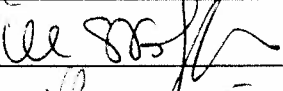
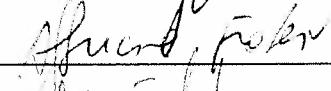
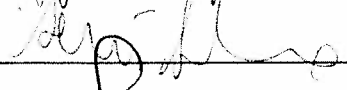
CONATO

DIRETTORE F.R.

MARIA ROSA

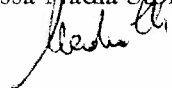
FALCETTI

[Handwritten signature]
Rita Gatti

Ruolo	Nome	Cognome	Firma
AUR. MEDICO GRUPPO GBR	STEFANO	CECENI	
OSTETRICT	MAR. VINCEN	ROSSI BERNI	
OSTETRICA	GRAZIA	COMILLO	
MEDICO ^{DIREZIONE} AUI	EUSTABETTA	ESPOSTO	
REMO REHABILITAZIONE PEDIATRIA/CONSIGLIO CARDIO S. DEVERINO A.	ROBERTO	CASTELLINI	
PEDIATRA OSP. MC Resp. U.O. Neonatologia x NCI	MIRECCA	STAFFOCANI	
DIRETTORE U.O.C. CONT. ASSIST. MAT-INFANTILE A. V. 1	ANNA LUCIA	FATTESI	
Medico neonatologia	Simone	...	
GIULIANO GIANFRANCO	Diretto. Dis. inf.	NE DI LO	

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr.ssa Nadia Sperti



Allegato: PROFILO DI CURA GRAVIDANZA “NORMALE”, OVVERO IN ASSENZA DI FATTORI DI RISCHIO EVIDENZIABILI

PREMESSA

In molti paesi è diffusa e consolidata l'assistenza delle ostetriche alla gravidanza a basso rischio. In una revisione sistematica di studi clinici controllati randomizzati (11 studi, 12.276 donne) modelli assistenziali con presa in carico della gravidanza da parte di ostetriche, rispetto a modelli convenzionali di assistenza specialistica, sono risultati associati a una riduzione dei ricoveri ospedalieri in gravidanza, del ricorso all'analgesia in travaglio, della frequenza di episiotomie e parti operativi, della durata del ricovero ospedaliero del neonato e associati a un incremento dei parti vaginali spontanei, della percezione di controllo durante il travaglio e di inizio dell'allattamento al seno, senza differenze statisticamente significative nel ricorso al taglio cesareo¹.

In Italia, con il DM 740/94 il legislatore ha cercato di inquadrare il campo di attività proprio della figura professionale dell'ostetrica. *Ai sensi del DM 740/94 Art.1 ‘È individuata la figura dell'ostetrica/o con il seguente profilo: l'ostetrica/o è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutoci con propria responsabilità e presta assistenza al neonato’.*

A questo decreto hanno fatto seguito successivi provvedimenti legislativi, in cui la gravidanza fisiologica viene collocata a pieno titolo nell'ambito delle sue competenze, che essa esercita in termini di autonomia e responsabilità. Esistono infatti prove di efficacia che mostrano come il coinvolgimento dello specialista, dove non vi siano complicanze, non migliori l'outcome materno-neonatale².

Richiamandosi a queste prove, documenti diffusi da agenzie sanitarie (Organizzazione mondiale della sanità, WHO³; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, NCC-WCH⁴; Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, SNLG-ISS⁵) hanno indicato nell'assistenza fornita dall'ostetrica un intervento con un favorevole rapporto beneficio/danno e beneficio/costo.

Sebbene la Recente Direttiva 2013/55/UE asserisca che l'ostetrico/a è in grado in modo indipendente e sotto la sua diretta responsabilità, per quanto necessario e ad esclusione del quadro patologico, di gestire l'assistenza prenatale, condurre il parto e le sue conseguenze in istituzioni approvate e controllare travaglio e nascita, assistenza postnatale e rianimazione neonatale in attesa dell'intervento di un medico, bisognerà aspettare il suo recepimento in Italia per prevedere percorsi assistenziali della gravidanza normale a completa gestione ostetrica.

L'offerta dell'assistenza alla donna durante la gravidanza, il parto e il puerperio si basa su una varietà di schemi assistenziali che includono: l'assistenza offerta in esclusiva dal medico specializzato in ostetricia o dal medico di famiglia (*medical-led model*), l'assistenza dell'ostetrica o di un gruppo di ostetriche integrata quando necessario dal ricorso al medico specialista (*midwifery-led model*) e l'assistenza condivisa da diverse figure professionali (*shared-led model*).

Nel presente protocollo, analizzato il contesto organizzativo e operativo, si è scelto il modello denominato dell'assistenza condivisa da diverse figure professionali (*shared-led model*) che prevede:

3 controlli medici, 3 ecografie e l'assistenza dell'ostetrica per tutto il percorso della GBR

1. SCOPO

Uniformare il controllo della Gravidanza in tutta la regione Marche definendo uno standard minimo di accertamenti in assenza di rischio specifico e di patologie definite.

La presente procedura si inserisce nel più ampio percorso consultoriale di presa in carico della famiglia nel delicato ciclo evolutivo della nascita di un figlio “Percorso Nascita”, che prevede diverse offerte di consulenza alla donna e alla famiglia. La compresenza, nel Consultorio Familiare, di differenti professionalità consente una presa in carico dell'utente in senso globale e offre la possibilità di rispondere anche a bisogni di natura psicologica, relazionale e sociale.

L'obiettivo è quello di fornire un'appropriata assistenza perinatale in grado di assicurare una buona salute della mamma e del bambino mediante il minor carico di cura compatibile con la sicurezza, e di garantire la continuità assistenziale relativa al “Percorso Nascita”, attraverso la creazione di un ambulatorio della gravidanza a basso rischio rivolto anche all'utenza straniera. Questo ambulatorio promuove la fisiologia dell'evento gravidanza, parto e puerperio, grazie all'utilizzo di protocolli per esami e procedure di dimostrata efficacia, a conduzione da parte dell'ostetrica, che si avvale della consulenza del medico ginecologo, presso i Consultori Familiari delle Marche e gli ambulatori dedicati dei Punti Nascita.

La sorveglianza della gravidanza deve altresì intendersi come percorso che dalla fase preconcezionale accompagna la donna fino al post partum e attraverso l'evento travaglio – parto in un continuum assistenziale.

L'ASUR si impegna quindi a sviluppare, in continuità con il presente percorso assistenziale per la gravidanza a basso rischio, un protocollo assistenziale per il travaglio ed il parto nelle gravidanze a basso rischio da applicare in ogni Punto Nascita.

Affinché questo possa diventare possibile, si devono prevedere momenti di incontro e di confronto tra il personale del territorio e dell'ospedale che si prenda cura, nei diversi momenti del percorso nascita, della donna e del nucleo familiare. Questi incontri devono avere come obiettivo l'apertura di spazi per la relazione e la comunicazione fra gli operatori. In particolare, attraverso la conoscenza e l'apprezzamento del lavoro dell'altro e la condivisione di linee guida per l'assistenza, deve maturare l'obiettivo condiviso di “restituire alla donna la coscienza del suo saper fare costitutivo”. Da questa ritrovata consapevolezza di operatori e partorienti può nascere la libertà della richiesta per un travaglio e parto personalizzato. Inoltre, il passare, per la donna, dall'affidarsi passivamente all'operatore che l'assiste al divenire cosciente della propria forza e capacità nel travaglio e nel parto, è una condizione indispensabile per il mantenimento della fisiologia.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il percorso di presa in carico della gravidanza fisiologica a basso rischio da parte dell'ostetrica presso l'ambulatorio dedicato del Consultorio familiare è rivolto alle donne che abbiano una gravidanza “*diagnosticata come normale da un soggetto abilitato alla professione medica.*”⁶ La definizione del percorso è stata realizzata considerando le competenze dell'ostetrica, le risorse disponibili, le Evidenze Scientifiche divulgate dalle più autorevoli Società Scientifiche, nell'ottica dell'appropriatezza delle cure.

A garanzia della pluridisciplinarietà dell'equipe sono state definite le modalità organizzative per l'accesso alle prestazioni previste ed in particolare ai controlli del ginecologo, anche programmando nella stessa giornata la

presenza dell'ostetrica e del ginecologo.

L'assistenza alla gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica richiede valutazioni periodiche programmate sulla base del presente protocollo, validato a livello aziendale.

Gli accertamenti previsti sono gli esami specialistici, di laboratorio e di diagnostica strumentale indicati dalla normativa vigente per le donne con gravidanza fisiologica.

Il percorso verrà condiviso ed utilizzato da tutti gli operatori sanitari, ossia medici ginecologi ed ostetriche, che operano nell'Ambulatorio della "gravidanza a basso rischio" presso il Consultori e il Servizio ambulatoriale del Punto Nascita di riferimento.

3. RIFERIMENTI INTERNI

Del. Amm. Cons. Reg. n. 202/98 sui Consultori Familiari

DGR n.1088 del 25/07/2011 su Percorso Nascita

DGR n.1405 del 24/10/2011 su Percorso Nascita

PSSR 2012/2014

DGR 697 del 28/8/15 Linee di indirizzo regionale per la gravidanza a basso rischio e la corretta gestione del parto cesareo.

DGR 855 del 12/10/15 Linee di indirizzo per l'organizzazione della diagnosi prenatale.

Det del DG ASUR n. 205 del 26/3/2015

Det del DG ASUR n. 478 del 08/07/2015

3.1 Riferimenti Esterni

- Qualità "Norme ISO UNI EN 9001:2008"

- D.M. 10.09.1998 "Protocollo ministeriale esenzione esami per la gravidanza fisiologica

- Legge n. 405/75 "Istituzione dei Consultori Familiari"

- Atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"

- DL n.151 del 26/03/2011 "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità..."

- Department of Making Pregnancy Safer World Health Organization Standards for Maternal and Neonatal Care Geneva: WHO www.who.int/.../reproductivehealth/.../maternal...

- Linee guida Istituto Superiore di Sanità Gravidanza Fisiologica (Aggiornamento 2011)

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Antenatal Care. London: NICE, 2008

- Linee guida SIEOG 2010

- Marchi A. Professione ostetrica: strumenti per l'assistenza della gravidanza . Firenze: Società Editrice Europeo (SEE), 2003

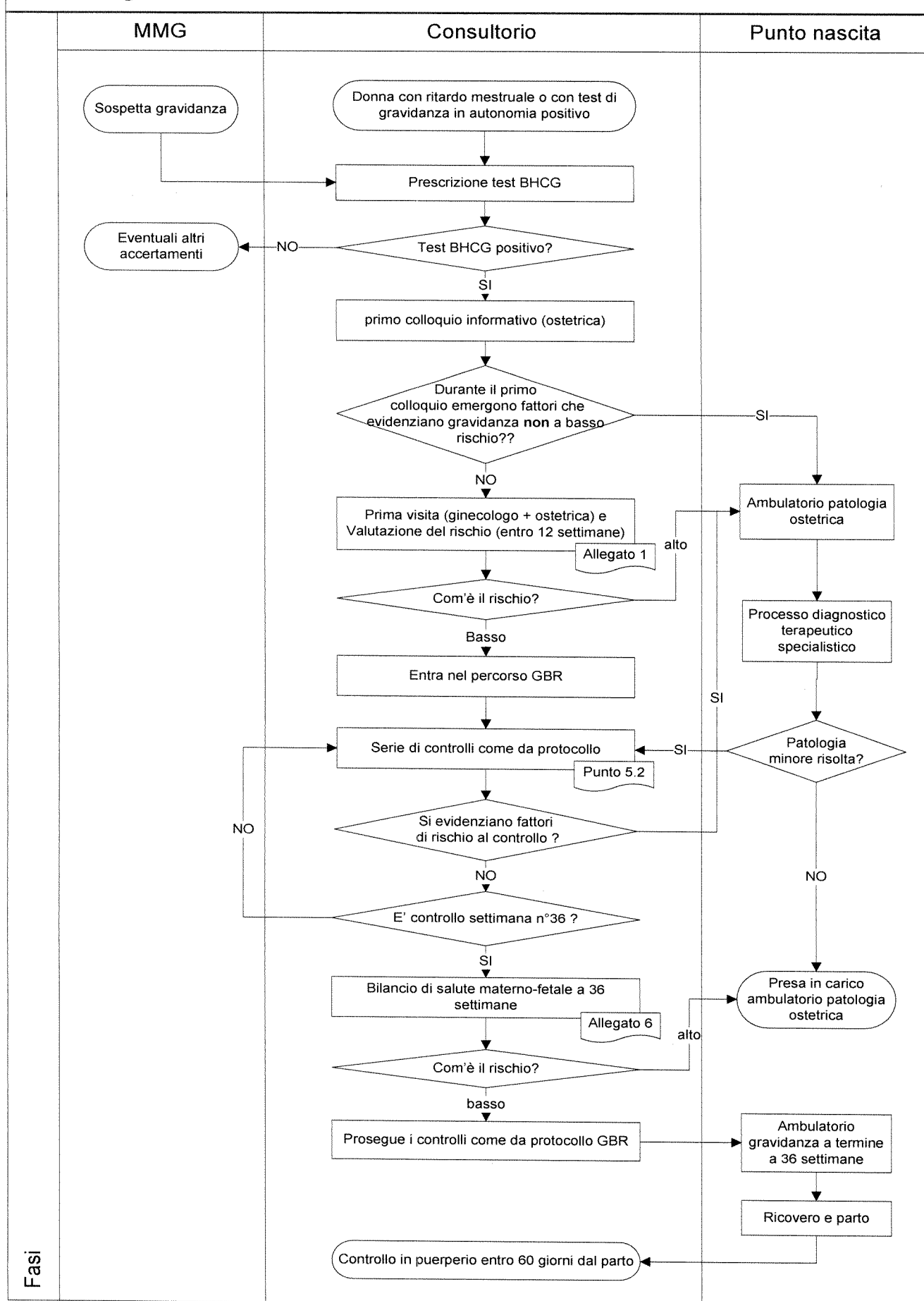
- SaPeRiDoc: Centro di documentazione on line sulla salute perinatale, riproduttiva e sessuale www.saperidoc.it

- Italian Cochrane Center www.cochrane.it

- Genitori Più www.genitoripiu.it

4. FLOW-CHART

Percorso gravidanza basso rischio



5. PERCORSO

5.1 Accettazione richiesta

La richiesta può essere effettuata dall'utente nei giorni e negli orari di apertura stabiliti dai singoli Consultori Familiari, mediante presentazione diretta o telefonica.

I successivi appuntamenti verranno programmati direttamente dalle ostetriche del consultorio.

Dopo il primo contatto sarà aperta dall'ostetrica la specifica scheda della gravidanza che continuerà ad essere compilata ad ogni successivo incontro.

5.2 Calendario visite

CALENDARIO CONTROLLI AMBULATORIO GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

Entro 12^a settimana - I visita, effettuata da ginecologo + ostetrica.

- Accoglienza
- Raccolta informazioni su: Ultima Mestruazione, regolarità del ciclo, storia della gravidanza
- Raccolta Anamnesi personale, anamnesi familiare
- Valutazione della documentazione sanitaria in possesso della donna
- Misurazione peso, altezza, valutazione BMI, PA
- Osservazione dell'aspetto del corpo (mammelle, varici, cicatrici...)
- Visita ostetrica
- Eco-office se l'accesso è prima della 10 sett.
- Ecografia 1° Trimestre oltre la 10 sett.
- Colloquio su diagnosi prenatale
- Prescrizione degli esami previsti dal Protocollo Ministeriale ed eventuali ulteriori esami in base alla valutazione effettuata
- Prescrizione/effettuazione ecografia 1° trimestre se non già effettuata
- Rilascio di attestazione epoca gravidanza e data presunta del parto (su richiesta)
- Raccolta informazioni stili di vita (alimentazione, sessualità, fumo, alcool ecc.).
- Prevenzione malattie infettive (Listeria, citomegalovirus, toxoplasma)
- Informazioni su maternità e diritti lavoratrici
- Consegna di materiale informativo
- Presentazione delle offerte consultoriali
- Attestazione di rischio.
- Prenotazione appuntamento sulla base dell'attestazione di rischio.

Fra 13^a e 18^a settimana - II visita, effettuata da ostetrica.

- Presentazione e conoscenza della donna (se non già avvenuta in prima visita)
- Visione esami ed ecografia
- Misurazione Peso – PA
- Auscultazione BCF con sonicaid
- Eventuale esplorazione vaginale se non già eseguita
- Eventuale effettuazione del Pap-test se non eseguito nei tre anni precedenti
- Programmazione esami routine e verifica appuntamento per ecografia II trimestre
- Visione e valutazione degli esami di screening /diagnosi prenatale effettuati
- Presentazione del Percorso Nascita e proposta di partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita
- Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all'

Fra 19[^] e 23[^] settimana - III visita, effettuata da ostetrica.

- Visione esami ed ecografia II Trimestre
- Misurazione Peso – PA
- Auscultazione BCF con sonicaid
- Raccolta informazioni su percezione dei MAF
- Palpazione addominale
- Misurazione sinfisi fondo
- Visita vaginale in presenza di sintomatologia
- Programmazione esami prossimo controllo ed ecografia ostetrica del III° trimestre
 - Informazioni e iscrizione al Corso di Accompagnamento alla Nascita.
 - La donna frequenta CAN ☐ SI ☐ NO → promossi “corsi brevi”
- Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all'ambulatorio patologia ostetrica

Fra 24[^] e 27[^] settimana - IV visita, effettuata da ginecologo + ostetrica.

- Visione esami
- Misurazione Peso – PA
- Auscultazione BCF con sonicaid
- Raccolta informazione su percezione dei MAF
- Palpazione Addominale
- Misurazione sinfisi fondo
- Visita ostetrica in presenza di sintomatologia
- Programmazione esami routine e verifica appuntamento ecografia 3[^] Trimestre
- Informazione su caratteristiche della contrattilità uterina fisiologica
- Introduzione tema del dolore in travaglio, per le donne che non si iscrivono al CAN
- Informazioni su certificazione per l'astensione obbligatoria dal lavoro o per l'eventuale posticipo dell'astensione all'VIII mese
- Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all'ambulatorio patologia ostetrica

Fra 28[^] e 31[^] settimana - V visita, effettuata da ostetrica.

- Visione esami ed Eco 3° trim (se effettuata)
- Misurazione Peso – PA
- Auscultazione BCF con sonicaid
- Raccolta informazioni su percezione dei MAF
- Palpazione addominale
- Misurazione sinfisi fondo
- Visita ostetrica in presenza di sintomatologia
- Se il feto è in presentazione podalica informare la donna sulle possibilità previste per facilitare la versione: modalità, rischi, percentuale di successo; individuare con la donna/coppia la struttura per tale procedura. Contattare l'ospedale scelto
- Programmazione esami routine
- Informazioni su esercizi perineo in preparazione al parto
- Informazioni sull'offerta dei punti nascita limitrofi.
- Confrontarsi con la donna/coppia sulle aspettative rispetto al parto e sulle offerte proposte dai punti nascita limitrofe (es. parto analgesia, parto in acqua ecc.)
- Informare su cosa mettere in valigia per mamma e neonato.
- Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all'

ambulatorio patologia ostetrica

Fra 32[^] e 35[^] settimana - VI visita, effettuata da ostetrica.

- Visione esami ed ecografia 3[^] Trimestre (se non visionata nella visita precedente) e relative informazioni (vedi IV controllo)
 - Misurazione Peso – PA
 - Auscultazione BCF con sonicaid
 - Raccolta informazione su percezione dei Movimenti attivi fetali
 - Palpazione addominale
 - Misurazione sinfisi-fondo
 - Visita ostetrica in presenza di sintomatologia
 - Programmazione esami
 - Informare sulla possibilità di raccolta del sangue cordonale ed eventuale consegna modulistica
 - Discussione su aspettative per il parto, allattamento e rientro a casa
 - Informazioni sul servizio Spazio mamma e le altre offerte consultoriali post-nascita
- Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all'ambulatorio patologia ostetrica

Fra 36[^] e 37[^] settimana - VII visita, effettuata da ginecologo + ostetrica.

- Visione esami
- Misurazione Peso - PA
- Auscultazione BCF con sonicaid
- Raccolta informazione su percezione dei MAF
- Palpazione Addominale
- Misurazione sinfisi-fondo
- Eventuale stima del peso fetale
- Visita ostetrica ed eventuale esecuzione Tampone Vagino Rettale (screening infezione da streptococco beta-emolitico gruppo B)
- Indicazioni sui segnali di inizio del travaglio
- Indicazioni rispetto al ricovero o controllo ospedaliero a termine. Fornire numeri di telefono di riferimento del reparto.
- Proposta controllo in puerperio (entro 60 gg data parto)
- Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all'ambulatorio patologia ostetrica
- Contatto con l'ambulatorio della gravidanza a termine nel punto nascita prescelto (prenotazione da parte dell'ostetrica del consultorio su agenda dedicata)

Fra 38[^] e 40[^] settimana - VII visita, effettuata da ostetrica.

- Visione esami
- Misurazione Peso - PA
- Auscultazione BCF con sonicaid
- Raccolta informazione su percezione dei MAF
- Palpazione Addominale
- Misurazione sinfisi-fondo
- Visita ostetrica, se necessaria
- Indicazioni sui segnali di inizio del travaglio
- Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all'ambulatorio patologia ostetrica

Entro 60 giorni dal parto - controllo in puerperio, effettuato da ostetrica.

- Accoglienza (l'esperienza del parto e del rientro a casa)
- Valutazione della situazione psico-fisica della puerpera

- Valutazione obiettiva (con attenzione particolare al perineo)
- Valutazione della modalità di allattamento in corso
- Proposta incontri e corsi del CF per mamma e bambino
- Informazione e proposte sulle metodiche contraccettive ed eventuale invio per prescrizione
- Informazioni sui test di prevenzione (es. Pap-test): tempi e modalità di effettuazione

5.3 Ecografie ostetriche

Nel presente protocollo sono previste 3 ecografie:

- 1) Ecografia del Primo trimestre, entro 13 settimane e 6 giorni.
- 2) Ecografia del Secondo trimestre, dalla 19° alla 23° settimana
- 3) Ecografia del Terzo trimestre, dalla 28° alla 32° settimana

La prima ecografia può essere effettuata dal ginecologo all'interno del Consultorio Familiare, se provvisto di ecografo o presso il I livello di diagnosi prenatale del Punto Nascita di riferimento. La seconda e la terza ecografia dovranno essere effettuate presso il I livello di diagnosi prenatale, sempre del Punto Nascita. E' importante creare un canale privilegiato di prenotazione (riserva di posti) tra Punto Nascita (Servizio di diagnostica prenatale) e il Consultorio Familiare per garantire i posti necessari alle gestanti dell'Ambulatorio della GBR.

- 4) Eco-office eseguibile durante l'intera gravidanza. Esame eseguito dall'ostetrica o dal ginecologo a supporto della prima visita o dei successivi controlli, finalizzato alla ricerca di dati diagnostici che possono essere utilizzati a completamento della visita stessa. Visualizzazione della camera ovulare, dell'embrione e dell'attività cardiaca. Presentazione fetale e quantità del liquido amniotico. L'esito viene registrato in cartella.

5.4 Valutazione periodica

Ginecologo ed ostetrica hanno a disposizione momenti dedicati per la valutazione congiunta della casistica. In tali spazi è possibile avvalersi delle reciproche e specifiche competenze ed eventualmente decidere di attivare sul singolo caso una:

- a) Consulenza.
- b) Condivisione e/o assegnazione nuova casistica ad ostetrica.
- c) Passaggio caso. Il passaggio del caso da ostetrica a ginecologo e viceversa può avvenire in qualsiasi momento del percorso e può riguardare anche l'attività di certificazione di cui è competente il ginecologo. Le consulenze e gli eventuali passaggi sono registrati nella scheda della gravidanza.

Passaggio da ostetrica a ginecologo

L'ostetrica, verificata l'esistenza di un rischio rispetto alla gravidanza, richiede l'intervento del ginecologo e provvede a:

- presentare la documentazione al ginecologo nel più breve tempo possibile utilizzando preferibilmente gli spazi dedicati
- fissare l'appuntamento della donna con il ginecologo negli spazi dedicati alla gravidanza sulla base della valutazione emersa nell'incontro.

Passaggio da ginecologo ad ostetrica

Il ginecologo, verificato che la gravidanza rientra nella situazione “non a rischio”, rimanda la donna all'ostetrica di riferimento, previo passaggio documentazione.

5.5 Certificazioni

Nel corso della gravidanza i ginecologi produrranno per le donne in carico, in base alle necessità del singolo caso, le certificazioni previste per legge.

5.6 Prescrizioni esami

Fino a che la Regione Marche non normi la possibilità di prescrivere gli esami standard della gravidanza (DM 10.09.1998) da parte delle ostetriche, tali prescrizioni saranno effettuate direttamente durante la 1° visita.

5.7 Documentazione

La tenuta della documentazione comprende la registrazione puntuale delle prestazioni e l'aggiornamento della documentazione in uso a livello cartaceo e informatico. In attesa dell'avvio della scheda della gravidanza informatizzata regionale l'operatore che accoglie l'utente al 1° accesso è tenuto ad aprire e compilare la scheda della gravidanza con i seguenti dati:

- dati anagrafici, anamnestici;
- registrazione delle prestazioni sul foglio diario secondo le indicazioni contenute nel presente protocollo;
- apertura e compilazione della *Scheda Ostetrica* che viene conservata dall'utente. Una copia viene allegata alla cartella cartacea custodita presso il servizio, fino a quando non sarà operativa la cartella ostetrica informatizzata.

Ad ogni nuovo accesso, l'operatore responsabile della fase, provvede a:

- aggiornare la documentazione cartacea e informatica;
- evidenziare nel foglio diario la condizione di gravidanza a basso rischio.

Nel foglio diario e nel programma informatico andranno inserite anche le prestazioni non direttamente erogate all'utente quali: incontri per passaggio caso, riunioni d'equipe, contatti con altri operatori interni od esterni al servizio.

La scheda della gravidanza viene chiusa con il controllo in puerperio.

Nella scheda cartacea vanno inseriti tutti i documenti previsti dalla procedura e/o dai protocolli specifici.

Per la chiusura e l'archiviazione della scheda si procederà sulla base delle indicazioni aziendali.

6. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

R = Responsabilità C = Collaborazione

AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO I IV VII			
Attività	Medici	Ostetriche	Mediatrice Culturale
Compilazione scheda della gravidanza con anamnesi. Informazioni riguardo le indagini prenatali	R	CR	C
Compilazione scheda rilevazione fattori di rischio	R		
Informazione sullo stile di vita e igiene della gravidanza		R	C
Accertamento della gravidanza uterina e vitalità dell'embrione eco-office	R	C	
Controllo peso, controllo senologico, PA, calcolo del BMI, esame obiettivo generale, verifica ultimo pap-test	R	C	
Visita ostetrica	R	C	
Prescrizione ecografia I trimestre	R	C	
Prescrizione acido folico	R	C	
Pianificazione visita successiva	R	C	C

AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO II III V VI VIII		
Attività	Ostetriche	Mediatrice Culturale
Educazione alla Salute	R	C
Aggiornamento cartella della gravidanza	R	C
Rilevazione BCF	R	
Eco-Office	R	
Controllo peso, PA, esame obiettivo, visione esami ematici	R	
Manovre di Leopold, misurazione sinfisi-fondo, visita ostetrica	R	
Invio al ginecologo per prescrizione esami secondo protocollo	R	
Compilazione scheda rilevazione fattori di rischio	R	
Pianificazione visita successiva	R	C

7. ATTIVAZIONE ALTRI OPERATORI CF/SERVIZI/ENTI

A Coinvolgimento altri operatori Consultorio Familiare.

In caso di situazioni di disagio sociale e/o psicologico l'operatore responsabile del caso può avvalersi della consulenza degli operatori competenti. In base alla valutazione congiunta potrà esserci una presa in carico allargata

con l'eventuale stesura di un piano di intervento personalizzato ed integrato.

B Collaborazione con MMG

In caso di gravidanze a basso rischio, sarà cura dell'ostetrica promuovere e mantenere i contatti con i MMG curanti.

C Collaborazione/o invio al Punto Nascita

Quando il percorso della gravidanza evidenzia un rischio aggiuntivo il ginecologo di riferimento ha la responsabilità di attivare la struttura ospedaliera e concordare le modalità di gestione in base alla specificità del caso:

Gravidanze con patologie di gestione ambulatoriale

E' previsto l'invio da parte del ginecologo CF allo specialista ospedaliero di competenza (per la patologia evidenziata) attraverso una connessione diretta telefonica e/o scritta

Gravidanze con patologia ostetrica attuale o pregressa

E' previsto l'invio da parte del ginecologo CF allo specialista ospedaliero dell'ambulatorio di patologia della gravidanza attraverso una connessione diretta telefonica e/o scritta

Gravidanze francamente patologiche in carico prevalentemente al servizio ospedaliero:

E' possibile, da parte del ginecologo CF, mantenere i contatti con gli specialisti dei vari servizi, in modo da poter essere di sostegno per la donna e la coppia, dare un aiuto per una maggior consapevolezza dell'iter diagnostico e terapeutico.

Gravidanze in situazione di alto rischio immediato

Nei casi in cui venga ravvisato un rischio imminente per la salute della donna e/o del nascituro l'operatore di riferimento provvede all'invio immediato all'ospedale anche tramite CO118, allertando telefonicamente il medico di guardia dell'UO di Ostetricia e Ginecologia.

D -Collaborazione con altre Strutture/Servizi

In base a quanto previsto dai protocolli in atto e/o in base alle specificità dei singoli casi, l'operatore attiva le necessarie collaborazioni con altri Servizi quali (DSM/DP) sulla base dei protocolli/accordi interni. Al bisogno verrà condiviso e steso un piano personalizzato d'intervento.

8. APPLICAZIONE E MONITORAGGIO

Al Direttore dell'UOC/UOS di riferimento compete il controllo circa l'applicazione del protocollo, anche mediante delega scritta ad altri operatori.

8.1 Informazione e distribuzione

L'informazione e la distribuzione prevedono:

1. pubblicazione della presente procedura e dei relativi protocolli sul sito intranet
2. comunicazione della pubblicazione sul sito intranet
3. distribuzione controllata della presente procedura e dei relativi allegati ai destinatari della stessa individuati dal Responsabile della procedura

8.2 Monitoraggio e controllo

Il monitoraggio ed il controllo del presente protocollo si realizza con l'individuazione degli indicatori di processo. Gli indicatori saranno rilevati annualmente dal responsabile e successivamente trasmessi al Servizio Qualità e Risk Management. Il presente protocollo verrà revisionato a sei mesi dall'applicazione.

Indicatori:

Si propongono di seguito alcuni indicatori da utilizzare per il monitoraggio delle Gravidanze a Basso Rischio seguite secondo le procedure contenute nel presente Protocollo GBR:

1. N° donne che vengono prese in carico nei Consultori (o negli ambulatori dei presidi ospedalieri) per GBR;
2. modalità del parto delle donne seguite al Consultorio con GBR e tasso di Tagli Cesarei;
3. esiti neonatali (Apgar alla nascita);
4. N° donne che vengono prese in carico nei Consultori (o negli ambulatori dei presidi ospedalieri) per GBR sul totale dei nati vivi;
5. N° donne che vengono prese in carico nei Consultori per GBR sul totale del n. donne che vengono prese in carico nei Consultori per la gravidanza;
6. N° donne che vengono prese in carico nei Consultori per GBR a termine sul totale delle donne seguite secondo protocollo GBR;
7. N° donne che vengono prese in carico nei Consultori per GBR con devianza della fisiologia sul totale delle donne seguite secondo il protocollo GBR;
8. N° donne che vengono prese in carico nei Consultori (o negli ambulatori dei presidi ospedalieri) per GBR con aborto spontaneo sul totale delle donne seguite secondo il protocollo GBR;
9. tasso di allattamento esclusivo al seno al momento della visita in puerperio;
10. soddisfazione della donna sulla "preparazione" al parto e alla vita con il bambino dal punto di vista emotivo ma anche per le informazioni che ha ricevute

8.3 Miglioramento

Questa fase si basa sulla valutazione degli indicatori di processo analizzati e consiste nello studio di azioni correttive e/o preventive del processo, nell'ottica di un miglioramento continuo dello stesso.

Il Responsabile emetterà un piano annuale.

8.4 Gestione documentazione originale

L'originale cartaceo della presente procedura con suoi allegati, comprese le eventuali revisioni, deve essere conservata presso il Responsabile del CF .

8.5 Archiviazione della documentazione

L'archiviazione dei documenti cartacei non più validi è curata dal Responsabile del processo che dopo 5 anni provvederà all'eliminazione sulla base delle modalità aziendali previste.

9. ALLEGATI

Seguono gli allegati al Profilo. Anche questi sono stati pensati per la maggior parte come veri e propri strumenti operativi che entrano a far parte della cartella della gravidanza:

- 1. Criteri identificazione gravidanza a basso rischio e Attestazione**
- 2. Elenco esami**
- 3. Criteri per la selezione delle gravidanze a basso rischio ai controlli ostetrici successivi al I**
- 4. Checklist prenatale – informazioni per la madre che allatta**
- 5. Checklist prenatale - informazioni per le madri che utilizzano sostituti del latte materno**
- 6. Bilancio di salute materno-fetale a 36 settimane**

Allegato 1

Scheda valutazione gravidanza a basso rischio – prima visita

Consultorio familiare di _____
Utente: Cognome e Nome _____
 Cartella N _____ Settimana N _____ DPP _____

	SI	NO
ANAMNESI OSTETRICA		
1. Precedente morte endouterina fetale o neonatale		
2. Storia di 3 o più aborti spontanei		
3. Precedente figlio con peso alla nascita <2500gr		
4. Precedente figlio con peso alla nascita >4500gr		
5. Ipertensione o preeclampsia/eclampsia nella precedente gravidanza		
6. Pregressa chirurgia dell'apparato riproduttivo (miomectomia, resezione di setto uterino, conizzazione, cerchiaggio cervicale)		
GRAVIDANZA ATTUALE		
7. Gravidanza multipla		
8. Età materna <16 anni		
9. Età materna >40 anni		
10. Isoimmunizzazione Rh nell'attuale o precedente/i gravidanze		
11. Perdite ematiche vaginali		
12. Presenza di massa pelvica		
13. Pressione diastolica uguale o superiore a 90mmHg		
ANAMNESI GENERALE		
14. Diabete mellito insulino-dipendente		
15. Patologia renale		
16. Patologia cardiaca		
17. Abuso di sostanze (incluso alcool) attuale		
18. Altre patologie gravi e attuali (specificare)		
ULTERIORI CAUSE DI ESCLUSIONE		
19. BMI (Body Mass Index [peso(kg)/altezza (m) ²]) superiore a 30 Kg/m		
20. Precedenti malformazioni fetali/neonatali		
21. Pregresso parto pretermine (al di sotto della settimana 37) o aborto tardivo (oltre settimana 14)		
22. Pregresse patologie placentari		
23. Pregresso TC longitudinale sul corpo dell'utero, o precesarizzate più di una volta		
24. Gravidanza da PMA		
25. Multiparità ≥ 4		
26. Malformazioni uterine e/o miomi		

Una o più risposte sì ad una qualunque delle precedenti domande comporta l'esclusione dal percorso di assistenza della "Gravidanza a basso rischio"

Sulla base dei riscontri clini e strumentali attualmente valutabili la presente gravidanza è da ritenersi:

☐ a basso rischio

☐ non a basso rischio

Timbro e firma del medico _____

Data _____

Allegato 2

A) ELENCO GENERALE INDAGINI EMATOCHIMICHE E STRUMENTALI PREVISTI DAL PROTOCOLLO MINISTERIALE PER LA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA (D.M. 10/09/1998) ESENTI DA TICKET

periodo controllo (indicare barrando con una X)	batteria esami
entro la 13 [^] settimana (e comunque al primo controllo)	- emogruppo RH - COOMBS indiretto (se RH negativo si ripete ogni 30-40 gg) - emocromo - glicemia - GOT/GPT - esame urine - toxo test (in caso di IgG neg. ripetere entro 17w) - V.D.R.L. e TPHA - H.I.V. - ecografia ostetrica 1^o trimestre (entro 13+6w)
tra 14 [^] e 18 [^] settimana	- esame urine - toxotest (se recettiva) - Rubeo test (se recettiva ENTRO 17w esente) - test COOMBS indiretto (se RH neg.)
tra 19 [^] e 23 [^] settimana	- esame urine - toxotest (se recettiva) - test COOMBS indiretto (se RH neg.) - ecografia ostetrica II trimestre (tra 20w-23w prenotazione C.U.P.)
tra 24 [^] e 27 [^] settimana	- esame urine - glicemia - test COOMBS indiretto (se RH neg.) - toxotest (se recettiva)
tra 28 [^] e 32 [^] settimana	- emocromo - ferritina (in caso di riduzione VGM) - esame urine - COOMBS indiretto (se RH neg.) - toxotest (se recettiva) - ecografia ostetrica III trimestre (tra 30w-32w prenotazione C.U.P.)
tra 33 [^] e 37 [^] settimana	- emocromo - HIV - H.C.V. (virus epatite C anticorpi) - HbsAg (virus epatite B antigene HBsAg) - esame urine - toxo test (se recettiva) - test COOMBS indiretto (se RH neg.)
tra 38 [^] e 40 [^] settimana	- Esame urine

B) ESAMI CONSIGLIATI-RACCOMANDATI

periodo controllo (indicare barrando con una X)	batteria esami
Entro la 13 [^] settimana (e comunque al primo controllo)	- Urinocultura (per screening batteriuria asintomatica) - non esente
Tra la 14 [^] e la 24 [^] settimana	- PAP Test se non eseguito nei 3 anni precedenti (esente come pap-test di prevenzione triennale dopo i 25 anni)
Tra la 36 [^] e la 37 [^] settimana	- Tampone vagino rettale - non esente

Data.....

Ostetrica.....

Allegato 3

Scheda valutazione gravidanza a basso rischio – controlli superiori a I e II visita

Consultorio familiare di _____

Utente: Cognome e Nome _____

Cartella N° _____ Settimana N° _____ Controllo n° _____

	SI	NO
ANAMNESI OSTETRICA		
1. Uso di droghe (come cocaina, crac, eroina, ecstasy) SI NO		
2. Abuso di fumo o alcool		
3. Disagio sociale/disagio psichico		
4. Patologie psichiatriche		
5. Malattie autoimmuni		
6. Isoimmunizzazione MF		
7. Dati di laboratorio anomali		
8. Asma severa		
9. Malattie Infettive sistemiche		
10. Infezioni urinarie		
11. Infezioni genitali		
12. Tromboflebite		
13. Ipertensione		
14. Preclampsia, Eclampsia, HELLP		
15. Diabete		
16. Cardiopatie		
17. Nefropatie/Uropatie		
18. Malformazioni fetali		
19. Ritardo di crescita intrauterine accertato o sospetto		
20. Microsomia fetale		
21. Presentazione anomala dopo la 32 ^a settimana		
22. Oligo-polidramnios		
23. Fibromi uterini sintomatici		
24. Masse Pelviche sintomatiche		
25. Sanguinamenti anomali		
26. Ogni altra grave patologia o condizione di rischio. Se sì, specificare quale: _____		

Se la gravidanza presenta una o più delle patologie/condizioni elencate nella tabella la donna deve essere inviata in consulenza specialistica per rivalutazione

Sulla base dei riscontri clinici e strumentali attualmente valutabili, si ritiene che:

- ☐ La gravidanza è a basso rischio, la donna può proseguire il piano di assistenza presso l'ambulatorio.
- ☐ La gravidanza presenta una o più delle patologie/condizioni elencate nella tabella. La donna è inviata in consulenza specialistica, programmata in data _____, per rivalutazione.

Data _____

Ostetrica _____

Timbro e firma del medico _____

Allegato 4

CHECKLIST PRENATALE – INFORMAZIONI PER LA MADRE CHE ALLATTA

Cognome Nome: _____ Consultorio Familiare di: _____

Data presunta del parto: _____ Data compimento 34^a sett. gestazione: _____

Primigravida Sì ☐ No ☐ Precedente allattamento Sì ☐ No ☐ Durata _____

CAN in questa gravidanza Sì ☐ No ☐ Dove _____

Incontro gruppo prenatale allattamento Sì ☐ No ☐ Dove _____

Consegnato opuscolo allattamento Sì ☐ No ☐

Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con tutte le donne in gravidanza prima della 34^o sett. L'operatore che ha fornito l'informazione deve registrare l'avvenuto colloquio e firmare il modulo.

ARGOMENTO DISCUSSO*

DATA

FIRMA

Importanza dell'allattamento materno esclusivo:

- ☐ benefici per bambino e mamma;
- ☐ raccomandazioni OMS durata allattamento esclusivo e introduzione alimenti complementari;
- ☐ rischi dell'alimentazione artificiale;
- ☐ rischi uso tettarelle, biberon, ciucci e paracapezzoli durante "calibrazione" _____

Un buon inizio:

- ☐ contatto pelle/pelle precoce e prolungato;
- ☐ attacco precoce ed efficace;
- ☐ allattamento a richiesta, guidato dal bambino;
- ☐ segnali di fame (precoci – tardivi);
- ☐ importanza rooming in ospedale e a casa _____

Un buon attacco:

- ☐ posizionamento e attacco efficaci;
- ☐ segni di suzione efficace con adeguato trasferimento di latte;
- ☐ segni di adeguato apporto (peso, feci e urine) _____

Spremitura manuale:

- ☐ dimostrazione pratica;
- ☐ quando può essere utile _____

Problematiche più frequenti

- ☐ ragadi, ingorgo, mastite;
- ☐ prevenzione e gestione;
- ☐ mantenimento della produzione di latte in caso di separazione dal bambino
- ☐ condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne. _____

Fisiologia del travaglio e del parto:

- ☐ possibilità di avere una persona di fiducia presente durante il travaglio e il parto
- ☐ possibilità di bere e mangiare cibi leggeri durante il travaglio
- ☐ possibilità di passeggiare o di muoversi durante il travaglio
- ☐ possibilità di scegliere la posizione in cui partorire
- ☐ effetti farmaci antidolorifici sulla madre e sul neonato e metodi alternativi
- ☐ informazioni adeguate per procedure invasive _____

Come e dove chiedere aiuto in caso di necessità.

Consegnata informativa su "cure amiche della madre"

Annotare altri punti discussi ed invio ad incontro personalizzato:

(*) annotare eventuale rifiuto alla discussione

Allegato 5

CHECKLIST PRENATALE - INFORMAZIONI PER LE MADRI CHE UTILIZZANO SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO

Cognome Nome madre: _____ Consultorio familiare di: _____

Data presunta del parto: _____ Data compimento 34^a sett. gestazione: _____

Primigravida	Sì ☐ No ☐	
Precedente allattamento	Sì ☐ No ☐	Durata _____
Corso accompagnamento alla nascita	Sì ☐ No ☐	Dove _____
Incontro gruppo prenatale allattamento	Sì ☐ No ☐	Dove _____
Opuscolo ASL allattamento	Sì ☐ No ☐	

Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con le mamme seguite presso il Consultorio che per scelta personale o per motivi medici non allattano al seno.

L'operatore che ha fornito l'informazione deve registrare l'avvenuto colloquio e firmare il modulo. Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con tutte le donne in gravidanza prima della 34^o sett.

ARGOMENTO DISCUSO*

DATA FIRMA

L'importanza di:

- un'alimentazione sostitutiva AFASS (accettabile, fattibile, abbordabile, sostenibile e sicura);
 - contatto pelle-a-pelle immediatamente dopo la nascita e in ogni occasione utile;
 - tenere i bambini vicini, giorno e notte, in ospedale e a casa: rooming-in;
 - raccomandazioni OMS su età adeguata per introduzione alimenti complementari
- _____

Modalità di preparazione, somministrazione e conservazione dei sostituti del latte materno:

- dimostrazione pratica individuale sulla preparazione e somministrazione del latte di formula.
- _____

Problematiche più frequenti:

- condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne.
- _____

Cure amiche della madre: (fisiologia del travaglio e del parto) _____

Come e dove chiedere aiuto in caso di necessità: _____

Annotare altri punti discussi e necessità di follow-up o invio a specialista:

* annotare eventuale rifiuto alla discussione

Allegato 6

Scheda valutazione gravidanza a basso rischio Bilancio di salute materno-fetale a 36 settimane

Consultorio familiare di _____
 Utente: Cognome e Nome _____
 Cartella N. _____ Settimana N. _____ DPP _____

	SI	NO
ANAMNESI OSTETRICA		
1. Precedente morte endouterina fetale o neonatale		
2. Storia di 3 o più aborti spontanei		
3. Precedente figlio con peso alla nascita <2500gr		
4. Precedente figlio con peso alla nascita >4500gr		
5. Ipertensione o preeclampsia/eclampsia, sindrome HELLP nella precedente gravidanza		
6. Pregressa chirurgia dell'apparato riproduttivo (miomectomia, resezione di setto uterino, conizzazione, cerchiaggio cervicale)		
GRAVIDANZA ATTUALE		
7. Gravidanza multipla		
8. Età materna <16 anni		
9. Età materna >40 anni		
10. Isoimmunizzazione Rh nell'attuale o precedente/i gravidanze		
11. Perdite ematiche vaginali		
12. Presenza di massa pelvica		
13. Pressione diastolica uguale o superiore a 90mmHg		
ANAMNESI GENERALE		
14. Diabete mellito insulino-dipendente		
15. Patologia renale		
16. Patologia cardiaca		
17. Abuso di sostanze (anche alcool e fumo)		
18. Altre patologie (specificare)		
<i>Una o più risposte sì ad una qualunque delle precedenti domande comporta l'esclusione dal percorso di assistenza della "Gravidanza a basso rischio"</i>		

Sulla base dei riscontri clinici e strumentali attualmente valutabili, si ritiene che:

- ☐ La gravidanza è a basso rischio, la donna può proseguire il piano di assistenza presso l'ambulatorio.
- ☐ La gravidanza presenta una o più delle patologie/condizioni elencate nella tabella. La donna è inviata in consulenza specialistica, programmata in data _____, per rivalutazione.

Data _____

Ostetrica _____

Timbro e firma del medico _____

Bibliografia

- 1 Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. *Midwife-led versus other models of care for childbearing women*. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD004667
- 2 Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP, Gülmezoglu AM. *Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy*. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD000934.
- 3 Health Evidence Network (HEN), *What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement)*. Copenhagen: World Health Organization; 2005.
- 4 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, *Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman Clinical guideline*. Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. London: RCOG Press; 2008.
- 5 Sistema Nazionale Linee Guida – Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS). *Gravidanza fisiologica. Linea guida*. Roma: ISS, 2010. Testo integrale all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/lgn_gravidanza_fisiologica_2010 (data di consultazione: 04.07.2011).
- 6 Art. 48 D. Lgs 206/2007.



Allegato 4
ALLEGATO 4 ALLA
DETERMINA N. 316/SG
DEL 24 DIC 2015

Al Direttore Generale ASUR
Dr. Alessandro Marini

Al Direttore Sanitario ASUR
Dr.ssa Nadia Storti

OGGETTO: trasmissione documentazione Gruppo Vulnologico ASUR.

In qualità di responsabile organizzativo del Gruppo di Miglioramento "Gruppo Vulnologico ASUR" si trasmette, allegata alla presente, la documentazione conclusiva del suddetto gruppo costituita da:

- documento di "Classificazione dei livelli di assistenza per le ferite difficili presso i Centri ASUR Marche";
- profilo di cura: "Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione".

Cordiali saluti,

Dr.ssa Elisa Draghi

CLASSIFICAZIONE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA PER LE FERITE DIFFICILI PRESSO I CENTRI ASUR MARCHE

Il Gruppo Vulnologico ASUR, costituito nell'ambito del Programma di Potenziamento delle Cure Domiciliari della Direzione ASUR, adempimento DGRM 791/2014, trasmesso al Servizio Sanità con nota prot. num. 16402/31/07/2014, ha svolto la propria attività progettando una rete di presa in carico del paziente con ferite difficili per i livelli di assistenza erogati, con l'obiettivo della presa in carico globale in un'ottica di equità di accesso e di efficienza organizzativa.

Si illustrano di seguito i tre livelli di presa in carico previsti per i centri ASUR.

CENTRI DI I LIVELLO

Almeno uno per ogni Distretto e comunque in numero sufficiente a coprire le esigenze della popolazione residente.

Coincidono con:

- ambulatori infermieristici territoriali (Distrettuali/Case della Salute) o ospedalieri;
- assistenza domiciliare: cure domiciliari integrate
- sistema residenziale: RSA, residenze protette, Ospedali di Comunità, ecc

Sono a gestione infermieristica, con personale di comprovata esperienza maturata nel settore.

L'accesso avviene attraverso la richiesta del MMG e prenotazione in agende dedicate da parte dell'Infermiere Coordinatore.

PRESTAZIONI ESEGUIBILI:

1. visita di valutazione infermieristica;
2. irrigazione di ferita;
3. medicazioni semplici e medicazioni complesse;
4. bendaggio semplice e bendaggio complesso;
5. rimozione infezione.

DOTAZIONE: materiale per medicazioni semplici e medicazioni avanzate.

Centri ASUR Marche
per la gestione delle ferite difficili
per la gestione delle ferite difficili

Viene svolta anche attività di consulenza per i centri di I livello, anche mediante tecnologie specifiche dedicate per la trasmissione di dati digitali iconografici.

1. medicazione complessa-avanzata;
2. escarectomia chirurgica in anestesia locale;
3. innesti di cute;
4. medicazione elastocompressiva;
5. terapia a pressione negativa;
6. elettrostimolazione (per casi selezionati);
7. terapia fotodinamica (per casi selezionati)
8. terapia chirurgica (toelettatura, biopsie, innesti,...) ambulatoriale;
9. utilizzo *device* tecnologici per *debridement* e stimolazione innesco riparazione tissutale.

1. macchina terapia pressione negativa;
2. portatili per utilizzo domiciliare;
3. terapia a pressione negativa portatile e monouso;
4. *device* tecnologici per *debridement*;
5. *device* tecnologici per innescare riparazione tissutale.

CENTRI DI III LIVELLO

Sono ubicati nelle UU.OO. dei Presidi Ospedalieri Unici di Area Vasta, con possibilità di ricovero in POSTI LETTO utilizzabili per pazienti con ferite difficili.

Vi operano infermieri e medici specialisti che si occupano di vulnologia con esperienza professionale nel settore di almeno due anni.

PRESTAZIONI ESEGUIBILI:

1. asportazione radicale dell'ulcera;
2. innesto di cute;
3. innesto di tessuto bioingegnerizzato;
4. innesto di derma rigenerativo;
5. correzione chirurgica dell'insufficienza venosa con interventi tradizionali o con laserterapia endovascolare o con scleroterapia o scleromousse ecoguidate;
6. *debridement* chirurgico con *device* tecnologici specifici;
7. terapia a pressione negativa.

DOTAZIONE:

1. macchina per terapia pressione negativa;
2. *device* tecnologici per *debridement*;
3. *device* tecnologici per innesto riparazione tissutale.

Carlo G. G. G. G.
Agos. Napoleone D. M. G. G.

In particolare, relativamente alle lesioni da pressione (LdP) si propone la costituzione di un **OSSERVATORIO LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE** che svolge le seguenti attività:

1. implementazione delle linee guida e adozione di strumenti comuni,
2. monitoraggio continuo del fenomeno,
3. monitoraggio dei costi,
4. continuità ospedale territorio,
5. progetti di Area Vasta in tema di LdP.

E' composto da referenti ospedalieri e territoriali medici e infermieri di Area Vasta.

per favore Amministratore
Carabinieri

Area Vasta	Distretto	Presidi I livello	Presidi II livello	Presidi III livello
3	Macerata	CD+Ambulatori infermieristici	Presidio Tolentino: centro ferite difficili	Presidio di Macerata: UO Dermatologia e LUMPA di Tolentino
	Camerino	CD+Ambulatori infermieristici		
	Civitanova	CD+Ambulatori infermieristici		
4	Fermo	CD+ Ambulatori infermieristici	Ambulatorio specialistico chirurgico ospedaliero	Presidio di Fermo: UOC Chirurgia Generale
5	Ascoli	CD+Ambulatori infermieristici	Attualmente non presente attività ambulatoriale specialistica ASUR di riferimento	Attualmente non presente UO ASUR di riferimento
	S.Benedetto	CD+Ambulatori infermieristici		

CD=Cure Domiciliari

Dalle linee guida internazionali risulta indispensabile la collaborazione, nella terapia delle ferite difficili, dei NUTRIZIONISTI, che verrebbero a rappresentare quasi una rete di supporto al Gruppo Vulnologico ASUR, garantendo il loro contributo a tutti i livelli.

Si rende necessario pertanto implementare l'attività nutrizionistica a supporto della attività vulnologica.

Si rende necessario inoltre il confronto con le Aziende Ospedaliere e INRCA per situazioni che necessitano di multidisciplinarietà ultraspecialistica.

*Ap. Infer. Area Vasta
Caviglioli*

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 1 di 47

1.	DEFINIZIONE	2
2.	OBIETTIVI GENERALI	3
3.	CAUSE CHE DANNO ORIGINE ALLA LESIONE	4
3.1.	PRESSIONE	4
3.2.	STIRAMENTO	5
3.3.	SFREGAMENTO	5
3.4.	UMIDITA'	5
4.	AREE CORPOREE A RISCHIO IN RELAZIONE ALLA POSTURA	7
5.	CORRETTA PROCEDURA DI POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE	8
6.	ATTIVITA' ASSISTENZIALI NELLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA ASSISTITA	11
7.	SUPERFICI ANTIDECUBITO	13
8.	MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO SUL SINGOLO PAZIENTE	16
8.1.	LA SCALA DI BRADEN (Allegato 2)	16
8.2.	LA SCALA DI BARTHEL (Allegato 3)	16
8.3.	A.D.L. (Allegato 4)	17
9.	STADIAZIONE DELLE LdP	17
10.	TRATTAMENTO NON CHIRURGICO DELLE LdP	19
10.1.	MEDICAZIONI E PRINCIPI ATTIVI	19
10.2.	TRATTAMENTO LESIONI AL I STADIO	21
10.3.	TRATTAMENTO LESIONI AL II STADIO	22
10.4.	TRATTAMENTO LESIONI NON STADIABILI	23
10.5.	TRATTAMENTO LESIONI AL III-IV STADIO CON O SENZA NECROSI	24
10.6.	TRATTAMENTO LESIONI CRITICAMENTE COLONIZZATE CON O SENZA NECROSI	28
11.	IL TRATTAMENTO A PRESSIONE NEGATIVA (TPN)	30
12.	CRITERI COMPORTAMENTALI	32
13.	IL DOLORE	36
	SCHEDE DI MOBILIZZAZIONE	38
	SCALA DI BRADEN	39
	SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA (Barthel Index)	41
	ADL (Activities of Daily Living)	42
	INDICE TIME	43
	SCHEDE DI VALUTAZIONE/GESTIONE DELLE LdP	44
	INFEZIONE: Classificazione-Segni-Sintomi	46
	BIBLIOGRAFIA	47

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 2 di 47

1. DEFINIZIONE

Per **lesione da pressione** (LdP) s'intende una lesione tissutale ad evoluzione necrotica che interessa la cute, il derma e gli strati sottocutanei, fino a raggiungere, nei casi più gravi, il muscolo, la cartilagine e l'osso.

Il fenomeno è causato da una prolungata e/o eccessiva pressione esercitata tra piano d'appoggio e superficie ossea, stiramento o sfregamento tale da provocare uno stress meccanico sui tessuti ed un'alterazione della circolazione ematica locale.

Clinicamente le lesioni si osservano in sedi particolarmente predisposte, come le prominenze ossee e insorgono in seguito al decubito prolungato in posizione obbligata. Sono favorite da fenomeni generali e locali.

Tutte le condizioni che comportano una diminuzione della mobilità rappresentano pertanto un importante fattore di rischio di insorgenza delle lesioni.

I pazienti immobilizzati per compromissione della funzionalità neuromotoria e gli anziani allettati rappresentano le categorie più esposte, anche a causa dell'invecchiamento dei tessuti che risultano ipotrofici, meno elastici e caratterizzati da maggior fragilità capillare.

La presenza di malattie sistemiche concomitanti come il diabete mellito, l'insufficienza renale, l'immunodepressione, i disturbi circolatori, ecc. costituiscono un'ulteriore aggravante.

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 3 di 47

2. OBIETTIVI GENERALI

- 1. Uniformare conoscenze e comportamenti** degli operatori per fornire modalità di prevenzione e trattamento omogenee atte a promuovere il benessere psico-fisico dei pazienti affetti da LdP nel minor tempo possibile con razionalizzazione delle risorse economiche.
- 2. Adottare un protocollo operativo unico** nelle strutture ospedaliere, residenziali, riabilitative e nel sistema delle Cure Domiciliari per uniformare la metodica di intervento e di monitoraggio facilitando la continuità dell'assistenza tra i diversi livelli di cura.
- 3. Definire le indicazioni per la prevenzione e il trattamento** delle lesioni, attraverso l'utilizzo di percorsi assistenziali basati sulle evidenze scientifiche (EBN-EBM).

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 4 di 47

3. CAUSE CHE DANNO ORIGINE ALLA LESIONE

I principali meccanismi fisiopatologici che determinano l'insorgenza delle LdP sono **fattori estrinseci**, quali **la pressione** e **lo stiramento**. Altre condizioni che svolgono un ruolo di concausa sono **lo sfregamento** e **l'umidità**.

3.1. PRESSIONE

La pressione è il fattore patogenetico più rilevante. Per compressione o pressione si intende una forza applicata perpendicolarmente a un'unità di superficie.

Il punto critico dello sviluppo di una LdP si raggiunge quando la forza comprimente fra superficie corporea e piano di appoggio è più alta della pressione presente nel distretto arteriolo-capillare, per cui viene a crearsi una condizione di ischemia. Ciò si verifica quando in un'area di cute si applica una forza pressoria superiore a 32 mmHg per un periodo di tempo sufficientemente prolungato.

L'entità del danno provocato è il risultato tra pressione esercitata e tempo di permanenza in una data posizione.

Gli effetti della compressione variano, oltre che per l'entità e la durata della compressione, anche in funzione della sede, dello spessore della cute e dei tessuti molli.

E' dimostrato ad esempio che una pressione di 60-70 mmHg mantenuta per 2 ore può essere sufficiente a produrre un danno irreversibile.

Il tessuto cutaneo può rispondere all'insulto provocato dalla compressione con un'iperemia compensatoria, ma nel paziente anziano questa è generalmente insufficiente a proteggerlo dal rischio di ipossia.

In mancanza di ossigeno le cellule utilizzano un metabolismo anaerobio, che produce sostanze tossiche e acidosi locale, aumento della permeabilità vasale, formazione di trasudato ed edema, nonché ulteriore sofferenza cellulare fino alla necrosi.

Il tessuto adiposo sottocutaneo e i dotti escretori delle ghiandole sudoripare sono i più delicati e quindi sono i primi interessati.

La necrosi può estendersi successivamente alle ghiandole sebacee, all'epidermide e ai follicoli piliferi. Per tale motivo è possibile la formazione di lesioni in profondità con cute apparentemente integra (lesioni sottominate).

L'entità del danno tessutale è strettamente correlato al rapporto tra compressione e tempo

MEDIA DELLA PRESSIONE A LIVELLO DEL SACRO NEL DECUBITO SUPINO:

- Materasso ad aria	19 mmHg
- Materasso morbido	23 mmHg
- Materasso normale	40 mmHg
- Barella imbottita	88 mmHg
- Tavolo operatorio	170 mmHg
- Pavimento	260 mmHg

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 5 di 47

3.2. STIRAMENTO

Le forze di stiramento determinano un progressivo spostamento degli strati cutanei e sottostanti gli uni sugli altri, ciò provoca una trazione dei tessuti molli ancorati alle fasce muscolari profonde con possibile inguinocchiamento, ostruzione dei piccoli vasi e conseguente ipossia ed ischemia tissutale. Tali forze agiscono maggiormente nel decubito seduto, semiseduto, come ad esempio quando il paziente è seduto sulla sedia senza sufficiente appoggio per le gambe o quando la testata del letto è sollevata, con tendenza alla caduta del tronco e scivolamento dei segmenti corporei da una posizione all'altra.

3.3. SFREGAMENTO

Questo elemento sembrerebbe privo di un ruolo patogenetico importante, anche se determina la comparsa di vescicole intraepidermiche. Il meccanismo di frizione gioca un ruolo secondario rimuovendo l'epidermide già devitalizzata e favorendo l'insorgenza di lesioni in presenza di altri fattori causali principali (compressione e stiramento). Esso determina la rimozione dello strato più superficiale della cute, lo strato corneo, con conseguente riduzione dell'attività fibrinolitica del derma, rendendo questo più suscettibile alla necrosi da compressione.

L'aumentata perdita di acqua transdermica, con accumulo di liquidi in superficie, comporta una diminuzione della resistenza della cute ai traumi

3.4. UMIDITA'

L'umidità potenzia l'azione degli altri fattori perché rende la pelle più fragile e facilmente aggredibile.

Un'esposizione prolungata della cute all'umidità provoca fenomeni di macerazione e alterazione del pH riducendo la funzione barriera della cute stessa come avviene ad esempio in presenza di incontinenza e di eccessiva sudorazione.

Altri fattori predisponenti possono essere:

- interventi chirurgici senza rimozione della compressione per oltre 2,5 ore;
- riduzione della temperatura della sede di compressione (cellule ed enzimi sono maggiormente attivi a temperatura corporea);
- essiccazione della medicazione (la guarigione è facilitata in ambiente umido);
- utilizzo di steroidi che possono indurre immunosoppressione e riducono i processi riparativi.

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 6 di 47

Fattori generali	Conseguenze
Età avanzata, diminuita sintesi del collagene, fibrosi del derma	Alterazioni del tessuto cutaneo, ridotto movimento, diminuzione delle difese, ritardo di riparazione
Riduzione della sensorialità	Ridotto numero dei recettori a livello cutaneo (pressione e dolore)
Stato mentale, livello di coscienza compromessa, iper sedazione, paralisi motoria, patologie psichiatriche	Incapacità a variare la propria posizione incapacità o impossibilità al movimento
Malnutrizione [albumina sierica < 3,5 g/dL (indicatore discusso)- linfociti <1200/mL - diminuzione del peso corporeo superiore al 15%]; diminuita sintesi proteica e ipoalbuminemia, che causano edema interstiziale e sofferenza cellulare ipoproteinemia o cachessia; bilancio azotato negativo	Maggiore predisposizione all'ischemia
Cause iatrogene: utilizzo di terapie con più di 5 farmaci, radiazioni, trattamenti topici inappropriati (sgrassanti, irritanti...)	Eritema, desquamazione, trasudazione, edema, ulcerazione, ustione.
Leishmaniosi, inoculazione	Micro-macroangiopatia, complicazioni cutanee
Obesità	Carico
Anemia	Intertrigine
Ischemia, malattie cardiovascolari, angiopatie, flebopatie, malattie respiratorie	Inadeguato, insufficiente o assenza di apporto ematico ai tessuti
Stati di shock	Ipo-perfusione tissutale
Febbre, disidratazione, infezioni muscolari e cutanei	Ipotermia, sepsi, ulcere
Incontinenza, dolore	Ulcerazioni da cute, infezioni
Edema	Maggiore tendenza all'ischemia
Spasticità e contratture	Carico/compressione eccessiva non modificabile
Presidi, cateteri, cinti, apparecchi gessati	Lesioni da errato posizionamento dei presidi
Effetti letterei: lenzuola ruvide, bagnate, corpi estranei	Lesioni da errata assistenza

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 7 di 47

4. AREE CORPOREE A RISCHIO IN RELAZIONE ALLA POSTURA

POSIZIONE	AREE A RISCHIO	IMMAGINE
SUPINA	Nuca	
	Scapole	
	Processi spinosi	
	Gomiti	
	Sacro	
	Polpaccio	
	Tallone	
PRONA	Guance e orecchio	
	Processo acromiale	
	Torace anteriore	
	Cresta iliaca	
	Coscia	
	Ginocchia	
	Dorso del piede e caviglia	
LATERALE	Orecchio	
	Processo acromiale	
	Coste	
	Grande trocantere	
	Condili mediali e laterali	
	Malleolo	
SEDUTA	Scapola	
	Sacro e coccige	
	Cavo popliteo	
	Zone ischiatiche	
	Talloni e punta del piede	

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 8 di 47

1. CORRETTA PROCEDURA DI POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE

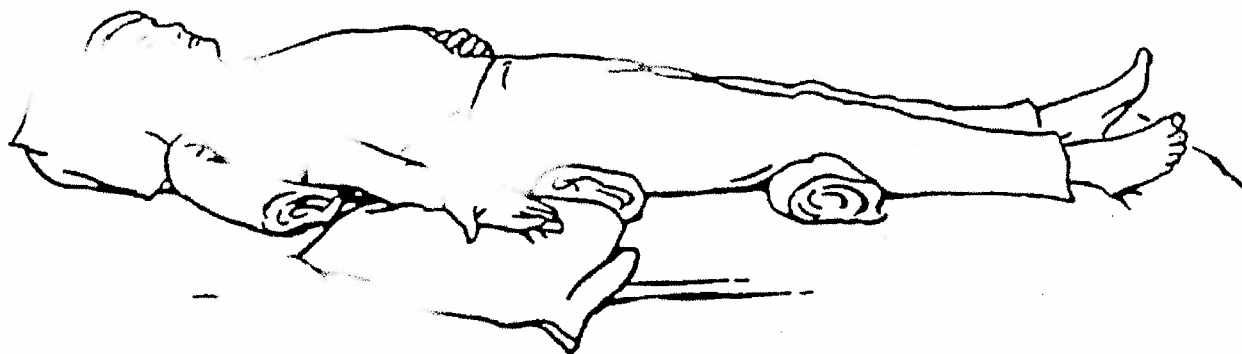
Posizione supina

Arti inferiori

Mantenere lo scarico gli arti se presentano paresi o grave flaccidità, utilizzando cuscini oppure alzando la gamba del letto, se possibile.
È necessario evitare flessione del piede: utilizzare un archetto per sostenere le coperte in modo che non pesi sul collo dello stesso.

Arti superiori

Se presentano paresi o grave flaccidità, utilizzare cuscini oppure alzarle, mantenendole lungo il tronco, ponendo subito al di sotto dell'articolazione scapolo-omeroale, con la mano a scarico e con le dita aperte.



	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 9 di 47

Corretto posizionamento del paziente allettato sul fianco (decubito laterale)



Il paziente va posizionato con l'ausilio di cuscini. E' fondamentale mettere sempre un cuscino tra gli arti inferiori, per contenerne l'adduzione e il contatto.

Un altro cuscino va posto dietro il rachide per permettere un appoggio del paziente ed evitare il sovraccarico eccessivo sulla spalla a contatto con il letto.

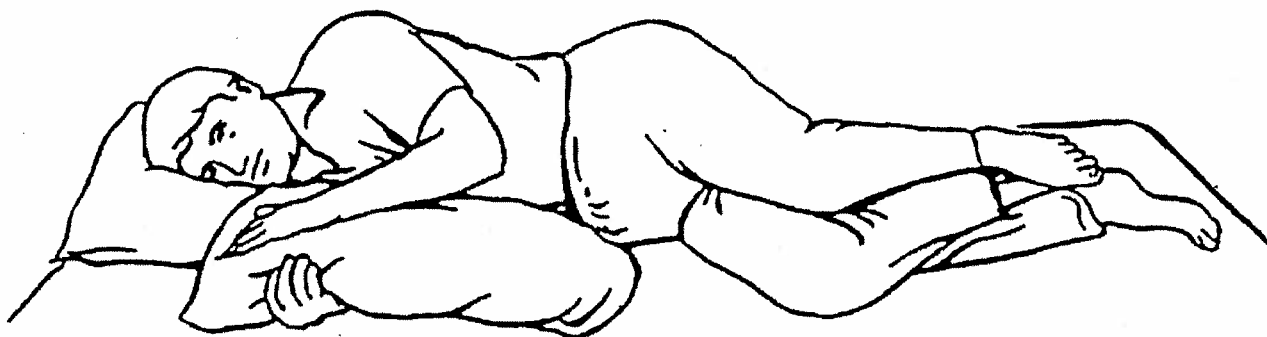
Un ultimo cuscino va eventualmente posto sotto l'arto superiore per mantenerlo in scarico ed allineato.

Attenzioni in presenza di arti plegici

Decubito laterale (arto sano): girato dalla parte sana.

Braccio leggermente staccato dal corpo, gomito piegato mano e polso allineati.

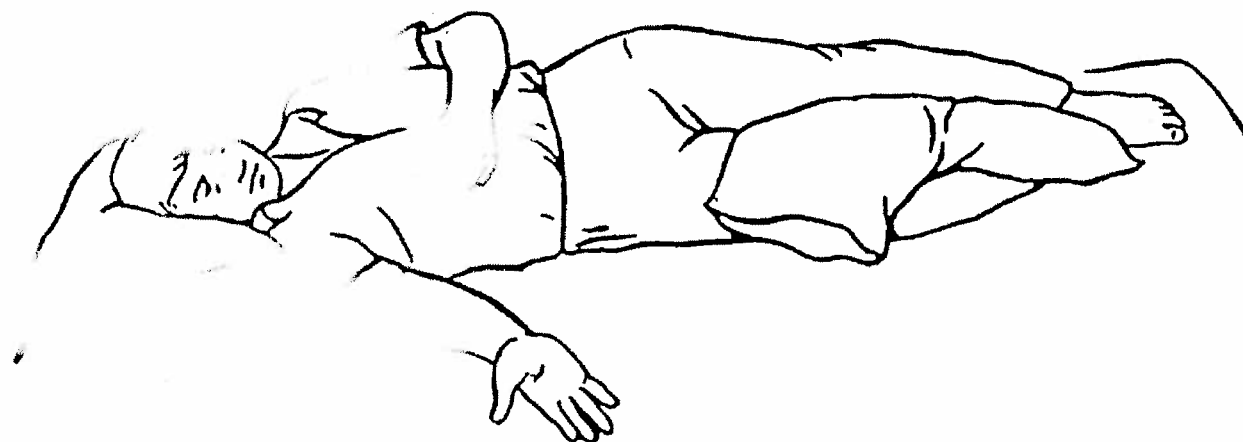
Gambe piegate all'anca e al ginocchio, i piedi non devono cadere verso il basso, inserire un cuscino tra le due gambe per evitare che ginocchia e piedi si tocchino.



	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 10 di 47

Decubito laterale (arto plegico). La spalla e l'anca plegiche sono verso l'alto con il braccio e la gamba appoggiati su cuscini.

Decubito laterale (arto plegico) girato dalla parte interessata
 Braccio e spalla spinti indietro, gomito esteso, polso e mano allineati.
 Gamba: anca e ginocchio piegati, piede rivolto verso l'alto.
 Inserire un cuscino tra le ginocchia.



Precauzioni

I movimenti di spostamento a destra o a sinistra, in direzione craniale o caudale, vanno eseguiti da due operatori che afferrano il lenzuolo su cui è adagiato il paziente, l'uso di questo lenzuolo permette di ridurre lo sforzo di sollevamento. Dal momento che il lenzuolo scivola sul materasso, si evita che il paziente riporti stiramenti del cingolo scapolare e arrossamenti della cute per sfregamenti sul lenzuolo. Inoltre, l'uniformità della manovra non causerà trazioni anomale dovute alla diversa intensità delle forze esercitate dagli operatori. Il paziente può rimanere così completamente passivo. Lo stesso metodo è utile anche nel posizionamento dei decubiti laterali. Questa manovra può essere eseguita da due operatori, uno dei quali si limita al posizionamento di un cuscino dietro la schiena del paziente.

Seduta in carrozzina (se previsto dal piano terapeutico-riabilitativo)

Il paziente seduto in carrozzina va aiutato a spostare il peso del corpo per 1 minuto ogni 15-20 minuti nel seguente modo:

- alzare il fondo schiena dal sedile, appoggiandosi sui braccioli;
- inclinarsi da un lato e poi dall'altro;
- piegarsi in avanti.

Inoltre:

- evitare che il paziente scivoli lateralmente;
- evitare che il paziente si inclini anteriormente;

Si ricorda che la posizione in carrozzina, pur presentando vantaggi soprattutto psicologici e respiratori, è ad altissimo rischio per le lesioni in quanto aumenta considerevolmente la pressione esercitata da tutto il corpo sulla zona ischio-pubica-sacrale.

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 11 di 47

Inoltre si devono considerare gli eventuali attriti e pressioni esercitati su braccioli e altre parti della carrozzina e porre delle protezioni tra questi e il corpo.

Se il piano terapeutico prevede lunghe sedute e lo stato di mobilitazione è molto deficitario può essere richiesto un cuscino per seduta.

La sola presenza di presidi antidecubito non è sufficiente a prevenire le lesioni ma anzi può creare false sicurezze pertanto:

LA MOBILIZZAZIONE VA FATTA ANCHE IN PRESENZA DI AUSILI ANTIDECUBITO.

Inoltre, se esiste la possibilità di aumentare in modo incruento la mobilità del soggetto è opportuno incentivare la mobilitazione polidistrettuale:

- mantenendo le attività motorie residue del paziente;
- incrementando, per quanto possibile, tali attività.

Nei casi in cui la ridotta mobilità prefiguri una condizione di vera e propria sindrome da allettamento il medico che ha in cura il paziente richiede la consulenza del Medico fisiatra in modo da poter avviare un trattamento riabilitativo mirato da parte dei fisioterapisti.

Registrare nella scheda di posizionamento i tempi di permanenza e le posizioni assunte nell'arco della giornata (allegato 1 scheda per la mobilitazione).

6. ATTIVITA' ASSISTENZIALI NELLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA ASSISTITA

IGIENE E PROTEZIONE DELLA CUTE	FIGURE RESPONSABILI
Ispezionare la cute su tutto il corpo al momento della presa in carico	Infermiere, oss, caregiver
Ispezionare quotidianamente il soggetto individuato a rischio di LdP, specialmente la cute in corrispondenza delle prominenze osse	Infermiere, oss, caregiver
Procedere alle cure igieniche utilizzando sapone neutro e acqua tiepida, asciugare accuratamente la cute tamponando e applicare crema idratante non profumata	Infermiere, oss, caregiver
In caso di incontinenza non controllata utilizzare: – barriera protettiva all'ossido di zinco – presidi per la gestione dell'incontinenza	Infermiere, oss, caregiver
Verificare che non siano presenti corpi estranei o pieghe negli effetti lettereci o nell'abbigliamento del paziente	Infermiere, oss, caregiver
Evitare il contatto della pelle con materiali impermeabili, l'impiego di biancheria intima sintetica, l'impiego di indumenti con elastici o bottoni, lenzuola o indumenti umidi o bagnati	Infermiere, oss, caregiver
Informare ed educare il caregiver sulle corrette modalità di gestione dell'igiene e cura della cute	Infermiere, oss, caregiver

EDUCARE AD UNA CORRETTA NUTRIZIONE	FIGURE RESPONSABILI
Monitorare il peso settimanalmente e registrarlo nella documentazione dell'assistito	Infermiere, oss, caregiver
Valutare l'incremento o riduzione del peso settimanale	Medico
GARANTIRE: la corretta prescrizione, assunzione quantitativa e qualitativa degli alimenti tenendo conto che nell'anziano vi è una diminuzione del senso del gusto, dell'olfatto, della capacità di masticare e digerire; assicurare quindi l'assistenza ed il comfort necessario alla consumazione del pasto. Garantire un adeguato apporto di proteine in quanto sono nutrienti di estrema importanza nel processo di cicatrizzazione, rivascularizzazione e rigenerazione dei tessuti. Il fabbisogno fisiologico di proteine nell'anziano è di 0,8- 1 gr/Kg di peso corporeo ideale. In caso di LdP l'apporto di proteine deve aumentare fino a 1,5 gr/Kg di peso corporeo ideale. E' quindi fondamentale che la persona introduca ogni giorno la corretta porzione di alimenti ricchi in proteine sia di tipo animale (carne, pesce, uova, latte e latticini) che vegetale (pasta/riso, pane, e altri cereali, legumi). Ovviamente, a seconda dei problemi presentati dal paziente, si tratterà di garantire questo apporto proteico adottando le più opportune forme di somministrazione degli alimenti (omogenizzati, frullati macinati, etc.). ADEGUARE IL FABBISOGNO DI SPECIFICI NUTRIENTI: in particolare il fabbisogno di vitamine (A, C, E) che stimolano la sintesi del collagene. E' importante anche il corretto apporto di alcuni sali minerali (Selenio, Zinco, Manganese, Rame) per la loro azione nel processo di riepitelizzazione. Nel caso in cui la persona presenti disfagia grave, valutare la possibilità di somministrare alimentazione artificiale.	Medico, Infermiere, oss
Valutare altre possibili concause dell'alterato stato di nutrizione: diabete, malattie apparato digerente, malassorbimento, parassitosi, anemia, epatopatia, malattie cardiovascolari, neoplasie, demenza, comatosi.	Medico, Infermiere
Garantire lo stato di idratazione: stimolare e aiutare la persona a bere, nel caso in cui la persona manifesti difficoltà nell'assunzione dei liquidi utilizzare addensanti o acqua gel e/o informare il medico.	Medico, Infermiere, oss, caregiver
Controllare lo stato delle mucose, della pelle, dei capelli, delle unghie	Infermiere, oss

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 13 di 47

7. SUPERFICI ANTIDECUBITO

La scelta dell'ausilio si basa su una valutazione complessiva della persona (giudizio clinico) e non solo sulla valutazione del livello di rischio misurato con scale specifiche. L'obiettivo principale di una superficie antidecubito è, tendere alla **massima riduzione della pressione**, che si ottiene prevalentemente attraverso la **ridistribuzione delle pressioni stesse**. L'effetto è ottenuto tramite l'adattamento della superficie alla sagoma del corpo che determina in modo costante e continuo la distribuzione del peso su un'area maggiore.

Variabili importanti da considerare sono, oltre allo stato clinico (acuzie, scompenso, cronicità), la mobilità residua della persona, il contesto organizzativo e i seguenti aspetti:

- valutazione della cute;
- comfort per la persona;
- stato generale di salute;
- necessità di cure intensive;
- accettazione da parte del paziente e/o dei familiari del tipo di ausilio proposto.

I pazienti ad alto rischio e in condizioni cliniche di acuzie o di instabilità dovrebbero essere posizionati su un materasso a pressione alternata o su altri sistemi di ridistribuzione della pressione ad elevata tecnologia, a meno che non sia stato verificato che la superficie morbida risulti efficace.

E' necessario monitorare attentamente la zona dei talloni nei soggetti allettati completamente immobili poiché anche con l'utilizzo superfici antidecubito è possibile che la pressione di appoggio sia elevata.

Al momento dell'installazione di una superficie antidecubito verificare sempre che il corpo del paziente non "tocchi il fondo" (no bottom out) della stessa.

Al momento della scelta valutare il peso del paziente e la portata massima del presidio.

Possono essere utilizzate superfici antidecubito a cessione d'aria in situazioni che comportino un'eccessiva umidità (ustioni, iperidrosi, iperpiressia, presenza di lesioni estese ed essudanti), per prevenire la macerazione cutanea, la formazione di nuove lesioni e per favorire il miglioramento di quelle presenti.

I soggetti a rischio che vengono mobilizzati dal letto alla sedia, dovranno essere provvisti di un cuscino in grado di ridistribuire la pressione come quelli in schiuma, in gel o ad aria o una combinazione di questi.

Il paziente, portatore di lesione da decubito sulla zona ischio sacrale, può mantenere la posizione seduta purché utilizzi adeguati dispositivi antidecubito.

Valutare i tempi di permanenza in carrozzina di soggetti a rischio con situazione generale compromessa, evitando la continua permanenza fuori dal letto.

Ulteriori presidi da utilizzare per la prevenzione delle lesioni da pressione sono:

- archetto solleva coperte;
- staffa o trapezio;
- cunei.

Si **sconsiglia** vivamente l'uso di ausili a ciambella o guanti riempiti con acqua sia al sacro che ai talloni con i quali è più probabile causare, invece che evitare, la formazione di LdP.

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 14 di 47

CARATTERISTICHE DELLE SUPERFICI ANTIDECUBITO

Un presidio per essere definito efficace deve intervenire attivamente sulle cause estrinseche determinanti una lesione cutanea e quindi garantire:

- la riduzione della pressione del corpo sul piano di appoggio;
- la riduzione delle forze di attrito e di stiramento;
- la dispersione di calore e di umidità;
- il mantenimento di una postura corretta.

Pertanto, nella scelta della superficie antidecubito vanno valutate principalmente le seguenti caratteristiche:

- caratteristiche tecniche della superficie;
- caratteristiche di comfort per il paziente;
- caratteristiche di comfort per l'operatore;
- caratteristiche delle coperture (cover).

Altezza: "le superfici di supporto dovrebbero essere abbastanza alte e dense a sufficienza per far sì che le prominenze ossee non tocchino il fondo della base del materasso". Per un'efficacia preventiva le indicazioni, tratte dalle revisioni bibliografiche sull'altezza, prevedono per i sovramaterassi un riferimento minimo di 10 cm e per i materassi di almeno 14 cm.

Per le superfici ad aria, il diametro delle celle, deve essere superiore a 10 cm.

L'altezza del presidio va comunque correlata al peso del paziente e alla posizione prevalentemente assunta dallo stesso.

Affondamento (bottom out): indica il grado di "schiacciamento" della superficie determinata dal peso della persona, è in rapporto anche all'altezza e ad altre caratteristiche intrinseche del presidio. La compressione non deve essere tale da far "toccare il fondo", cioè i margini superiore ed inferiore della superficie non devono collabire.

La verifica può essere effettuata facendo *"scivolare una mano (con il palmo rivolto all'insù e le dita distese) sotto la superficie di supporto in corrispondenza della zona anatomica interessata nelle diverse posture (seduto, supino, semiseduto...) e dovrebbero essere apprezzati circa 2,5 cm di superficie interposta tra la mano dell'operatore e il paziente"*, maggiore è la resistenza incontrata dalla mano durante l'inserimento, maggiore è l'affondamento.

Questa verifica manuale è un indicatore di adeguatezza della superficie al peso della persona.

Effetto amaca: è provocato dalla presenza di una copertura anelastica che annulla in parte l'azione di redistribuzione del peso determinando una concentrazione della pressione sulle prominenze ossee; per evitarlo la copertura deve essere sufficientemente elastica e di dimensioni adeguate al materasso. A creare l'effetto amaca contribuisce anche l'uso di lenzuola con angoli preconfezionati e l'azione di rimboccamento.

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 15 di 47

Altre caratteristiche tecniche:

- portata massima;
- modalità di sanificazione/sterilizzazione;
- compatibilità con attrezzature esistenti (ingombro, peso, dimensioni);
- presenza di allarmi (acustici/visivi) per segnalazione di irregolarità;
- presenza di sensori (a regolazione manuale o automatica);
- modalità di fissaggio/ancoraggio del sovramaterasso al letto;
- modalità di stoccaggio;
- tipo di manutenzione;
- modalità di sgonfiaggio e gonfiaggio (es. rapidità per manovre d'emergenza);
- silenziosità;
- conformità alle norme di sicurezza;
- autonomia di alimentazione in caso di disconnessione elettrica;
- costo/efficacia;
- livello di tecnologia costruttiva.

I presidi che ridistribuiscono la pressione possono essere divisi in dispositivi a bassa tecnologia (low tech) e ad alta tecnologia (high tech).

Superfici a bassa tecnologia: distribuiscono il peso del corpo su una superficie più ampia e includono i sovramaterassi.

Caratteristiche di comfort per l'utente:

- Mantenimento della postura a letto, e da seduto (non scivolamento o perdita di equilibrio)
- Facilità di spostamento ad esempio letto-sedia, letto-lettiga, sedia-wc, ecc
- Stabilità nella posizione: assenza effetto di galleggiamento/affondamento e assenza di sensazioni di instabilità/incertezza
- Mantenimento autonomia residua di movimento: il presidio deve permettere la mobilità del paziente
- Comfort termico: il paziente non riferisce sensazioni di caldo o di freddo, di umidità
- Silenziosità e assenza di vibrazione delle pompe

Caratteristiche di comfort per l'operatore:

- Facilità di eseguire le attività assistenziali di base (igiene della persona, rifacimento letto movimentazione/cambio postura)
- Praticità di transfert-spostamento del paziente
- Semplicità d'uso (maneggevolezza, sanificazione, ancoraggio)
- Ridotto peso e ingombro del presidio (D.Lgs 81/2008)

Caratteristiche delle coperture degli ausili (cover):

- Basso coefficiente di attrito e di frizione;
- Elasticità bidirezionale (per evitare l'effetto amaca);
- Permeabile al vapore acqueo;
- Impermeabilità ai liquidi (la presenza di macchie sulla protezione potrebbe indicare che questa non è più impermeabile e la superficie sottostante potrebbe diventare ricettacolo di microrganismi potenzialmente patogeni);
- Repellente agli odori e alle macchie;
- Lavabile in lavatrice, disinfettabile;

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 16 di 47

- Trattamento antibatterico/antimicotico certificato;
- Resistente ai danni da abrasione ed ai lavaggi;
- Resistente al fuoco.



8. MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO SUL SINGOLO PAZIENTE

La valutazione del rischio deve essere effettuata nei soggetti con una o più delle seguenti caratteristiche:

- allettamento protratto,
- postura seduta protratta,
- incapacità di cambiare posizione,
- deficit nutrizionali,

e comunque in tutte le persone ricoverate nelle Unità di degenza Ospedaliera.

SCALE UTILIZZATE E MODALITÀ DI VALUTAZIONE

8.1. LA SCALA DI BRADEN (Allegato 2)

L'andamento del punteggio fornito dalla scala, in valutazioni ripetute sullo stesso paziente può definire l'aumento o la diminuzione del rischio stesso.

I fattori di rischio identificati durante la fase di valutazione costituiscono la base per lo sviluppo del piano di prevenzione che dovrebbe coinvolgere l'assistito e la sua famiglia allo scopo di stabilire obiettivi comuni ed ottenere l'adesione al piano di cura.

Tempi di valutazione/rivalutazione

La valutazione del paziente per definire il rischio di LdP deve essere fatta a intervalli regolari.

Si raccomanda di effettuare una prima valutazione al primo accesso e di rivalutare il paziente periodicamente e in rapporto al cambiamento delle condizioni cliniche.

8.2. LA SCALA DI BARTHEL (Allegato 3)

Il punteggio valuta il grado di indipendenza della persona. Rappresenta uno degli strumenti di valutazione della funzione fisica più noti: fornisce un punteggio indicativo

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 17 di 47

delle capacità del soggetto di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, usare i servizi igienici, spostarsi dalla sedia al letto e viceversa, deambulare in piano, salire e scendere le scale, controllare la defecazione e la minzione.

8.3. A.D.L. (Allegato 4)

Il punteggio valuta il grado di dipendenza della persona valutando le attività di vita quotidiana.

9. STADIAZIONE DELLE LdP

Il trattamento delle LdP deve essere preceduto dalla stadiazione e dall'inquadramento del letto di lesione e della cute perilesionale.

Per procedere ad una corretta stadiazione occorre uniformare la definizione di alcuni termini.

Anche in questo caso la bibliografia internazionale fa riferimento alle affermazioni date dal AHCPR che per la fase di trattamento si avvale della stadiazione dettata dal NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel).

Tabella: stadiazione delle lesioni da pressione.

1° stadio	Eritema fisso su cute intatta, non reversibile alla digitopressione, il segnale annuncia l'ulcerazione prossima della cute
2° stadio	Ferita a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma. L'ulcera è superficiale e si preannuncia clinicamente come un'abrasione, una vescicola o una piccola cavità
3° stadio	Ferita a tutto spessore che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo che si può estendere fino alla sottostante fascia, senza attraversarla. L'ulcera si presenta clinicamente come una cavità che può o non può essere sottominata
4° stadio	Ferita a tutto spessore con estesa distruzione dei tessuti, necrosi o danno ai muscoli, ossa e strutture di supporto (tendini, capsule articolari, ecc.)
NON stadiabile	Necrosi a totale copertura della lesione

Nel descrivere una lesione con l'attribuzione dello stadio occorre aggiungere anche altre caratteristiche quali:

- localizzazione
- grandezza (lunghezza, larghezza e profondità)
- tratti sottominati
- presenza e/o profondità del bordo

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 18 di 47

INDICE TIME (*Tissue, Infection or inflammation, Moisture imbalance, Epidermal margin*)

La *Wound Bed Preparation* (preparazione del letto della ferita) è oggi l'elemento essenziale per ottenere il massimo dei benefici dai prodotti più innovativi attualmente disponibili nel campo della riparazione tissutale.

E' un processo che implica la rimozione di barriere locali alla guarigione, che può accelerarne i processi o favorire l'efficacia di eventuali terapie in corso.

Il concetto TIME aiuta l'équipe medico assistenziale a valutare il letto della ferita e lo stato della cute perilesionale. Facendo ricorso al TIME, l'operatore che si occupa della gestione di una lesione cronica, riuscirà ad effettuare una revisione sistematica di tutte le caratteristiche obiettivabili della lesione stessa, individuando agevolmente gli elementi da correggere e gli interventi più appropriati per una efficace preparazione del letto della ferita che porti a rimuovere le cause che ne impediscono la guarigione (Allegato 5).

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL LETTO DI FERITA

Si ritiene necessario utilizzare una scheda di valutazione strutturata con criteri oggettivi finalizzata alla corretta gestione del letto di ferita del margine, del bordo, della cute perilesionale e dell'infezione – scheda valutazione/gestione LdP, wound bed score- scheda di classificazione dei segni e sintomi di infezione (Allegati 6-7).

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 19 di 47

10. TRATTAMENTO NON CHIRURGICO DELLE LdP

10.1. MEDICAZIONI E PRINCIPI ATTIVI

Le medicazioni da utilizzare nelle varie fasi del processo di guarigione possono essere sia tradizionali che avanzate, la scelta della tipologia di medicazione deve essere sempre condizionata dal rapporto costo-beneficio. Tale rapporto non può non tenere presente anche l'aspettativa di vita della persona portatrice di lesioni da pressione, l'approccio tradizionale non può essere mai escluso a priori. Le medicazioni si distinguono tendenzialmente in medicazioni primarie e medicazioni secondarie, nel caso dei Poliuretani in schiuma e degli Idrocolloidi la stessa medicazione può a volte coincidere sia con la medicazione primaria che secondaria.

Medicazione Primaria:

La medicazione primaria è quella che viene applicata a diretto contatto con il letto della lesione, è l'elemento chiave della terapia locale della lesione.

Medicazione Secondaria:

La medicazione secondaria dà un forte contributo alla performance del "sistema medicazione" nel suo complesso e sull'idrodinamica (controllo del contenuto di umidità della lesione), è la medicazione che mantiene in sede la primaria

Di seguito viene riportato un elenco di medicazioni maggiormente in uso contraddistinte da caratteri che portano in evidenza i diversi impieghi e costi:

- ✓ il carattere "NORMALE" evidenzia la scelta di medicazione più tradizionale ed economica. L'economicità in assistenza domiciliare deve tenere conto del numero di accessi che possono giustificare maggiormente le scelte con carattere in grassetto, meno economiche nell'immediato, ma che producono risparmio nel lungo periodo.
- ✓ Il carattere "**GRASSETTO**" evidenzia le scelte meno economiche.
- ✓ Il carattere "**GRASSETTO SOTTOLINEATO**" contraddistingue materiali costosi da utilizzare in presenza di situazioni che ne giustificano l'utilizzo ma nel rispetto di tempi di cambio prolungati (caratteristica propria delle medicazioni avanzate).

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015 Pag 20 di 47
---	--	--------------------------------

Elenco alfabetico Materiali :

Acido ialuronico tavolette

Adesivi in silicone

Alginato calcio e sodio

Alginato di calcio e sodio Ag

Cerotto TNT

Collagenasi

Collagene tavolette

Compresa assorbente multistrato

Crema barriera

Cuscinetto assorbente detergente con Soluzione di Ringer e PHMB

Film Poliuretano non sterile

Film Poliuretano sterile

Garza

Garza non aderente con poliestere e trigliceridi

Garza non aderente con poliestere e trigliceridi Ag

Garza vasellinata

Garze con acido Ialuroico

Garze con acido Ialuroico e Argento Sulfadiazina

Idrocolloidale in Pasta

Idrocolloide Plus

Idrocolloide su supporto di Garza

Idrocolloide Trasparente

Idrofibra

Idrofibre Ag

Idrogeli

Medicazione con carbone Ag e TNT

Medicazione Iperonica

Medicazione super assorbente con polimeri SAP

Medicazioni antimicrobiche con PHMB

Modulatori Proteasi

Poliuretani in schiuma

Poliuretani in schiuma Ag con adesivo in silicone

Poliuretani in schiuma con adesivo in silicone

Poliuretani Cavitari

Poliuretani multicomponenti

Poliuretano Cavitario Ag

Soluzioni barriera

Soluzioni e gel con PHMB

Tessuto impregnato di DACC (dialchilcarbamoilcloruro)

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 21 di 47

10.2. TRATTAMENTO LESIONI AL I STADIO

OBIETTIVO: RIPRISTINARE LA VASCOLARIZZAZIONE E PREVENIRE L'ULCERAZIONE CUTANEA

I STADIO

Caratteristiche	Materiale di medicazione
Cute integra con arrossamento che non scompare alla digitopressione	Creme/Soluzioni barriera Idrocolloide sottile Film poliuretano
Flittene Cute perilesionale non arrossata Cute perilesionale arrossata Flittene del Tallone Cute perilesionale non arrossata Cute perilesionale arrossata	Non rimuovere e proteggere con Garze e cerotto Aspirare con ago e siringa sterile e proteggere con Garze e cerotto Rimuovere e procedere a medicazione rispetto al letto di ferita come indicato nelle tabelle successive Non rimuovere e proteggere con Garze e cerotto Aspirare con ago e siringa sterile e proteggere con Garze e cerotto Rimuovere e procedere a medicazione rispetto al letto di ferita con approccio asciutto rispettando le caratteristiche richieste dal tessuto calloso presente a livello del tallone

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 22 di 47

10.3. TRATTAMENTO LESIONI AL II STADIO

OBIETTIVO: RIPRISTINARE L'INTEGRITÀ CUTANEA

II STADIO

Caratteristiche	Materiale di medicazione
	Medicazione Primaria
	Pasta idrocolloidale
Essudazione moderata	Idrogeli
	Idrocolloide Trasparente
	Idrocolloide su supporto di Garza
	Idrocolloide Plus
essudazione elevate	Alginato di calcio e sodio
	Idrofibre
	Medicazione secondaria
	Garze + Cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
	Compresa assorbente multistrato + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
Cute perilesionale integra	Idrocolloide Plus
	Idrocolloide sottile
	Garza non aderente con poliestere e trigliceridi
	Crema/ soluzioni barriera
	Poliuretani con adesivo in silicone
Cute perilesionale non integra	Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
	Garze con acido Jaluroico e Argento Sulfadiazina
	Garza non aderente con poliestere e trigliceridi
	Idrocolloide sottile

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 23 di 47

10.4. TRATTAMENTO LESIONI NON STADIABILI

OBIETTIVO: RIMUOVERE LA NECROSI

LESIONE NON STADIABILE

Caratteristiche	Materiale di medicazione
	Medicazione Primaria
	Collagenasi
	Idrogeli
Necrosi secca Escara - Fibrina Essudazione Moderata	Cuscinetto assorbente detergente con soluzione di Ringer e PHMB
	Alginato di calcio e sodio
Necrosi nera molle - Fibrina -Slough Essudazione elevata	Cuscinetto assorbente detergente con soluzione di Ringer e PHMB
	Idrofibre
	Medicazione secondaria
	Garze + Cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
	Compressa assorbente multistrato + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
Cute perilesionale integra	Garza non aderente con poliestere e trigliceridi
	Garza vasellinata
	Creme/ soluzioni barriera
Cute perilesionale non integra	Adesivi in silicone
	Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
	Garze con acido Jaluroico e Argento Sulfadiazina
	Garza non aderente con poliestere e trigliceridi Ag

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 24 di 47

10.5. TRATTAMENTO LESIONI AL III-IV STADIO CON O SENZA NECROSI

OBIETTIVO: FAVORIRE LA RICOSTRUZIONE CUTANEA E PREVENIRE LE COMPLICANZE

FERITA CAVITARIA CON TESSUTO DI GRANULAZIONE III/IV STADIO

Caratteristiche	Materiale di medicazione
	Medicazione primaria
	Pasta idrocolloidale
Essudazione moderata	Idrogeli
	Alginato calcio/sodio
Essudazione elevate	Poliuretani Cavitari
	Medicazione super assorbente con polimeri SAP
	Medicazione secondaria
	Garze + Cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
Cute perilesionale integra	Compressa assorbente multistrato + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
	Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
	Idrocolloide Plus
	Creme/ soluzioni barriera
	Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
Cute perilesionale non integra	Poliuretani con adesivo in silicone
	Garze con acido Jaluroico e Argento Sulfadiazina
	Garza non aderente con poliestere e trigliceridi
	Idrocolloide Plus
	Medicazione super assorbente con polimeri SAP

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 25 di 47

LESIONE CAVITARIA CON NECROSI III/IV STADIO

Caratteristiche	Materiale di medicazione
	Medicazione primaria Collagenasi Idrogeli Cuscinetto assorbente detergente con Soluzione di Ringer e PHMB Alginato di calcio e sodio Cuscinetto assorbente detergente con Soluzione di Ringer e PHMB Idrofibre
Necrosi secca Escara - Fibrina Essudazione Moderata	
Necrosi nera molle - Fibrina -Slough Essudazione elevata	
	Medicazione secondaria Garze + Cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Compresa assorbente multistrato + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Garza non aderente con poliestere e trigliceridi Idrocolloide Plus Creme/ soluzioni barriera Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Poliuretani con adesivo in silicone Garze con acido Jaluroico e Argento Sulfadiazina Garza non aderente con poliestere e trigliceridi Idrocolloide Plus Medicazione super assorbente con polimeri SAP
Cute perilesionale integra	
Cute perilesionale non integra	

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015 Pag 26 di 47
---	--	--------------------------------

III / IV STADIO NON CAVITARIO CON GRANULAZIONE

Caratteristiche	Materiale di medicazione
Essudazione moderata essudazione e/o	Medicazione primaria Pasta idrocolloidale Idrogeli Idrocolloide su supporto di Garza Idrocolloide Plus Alginato calcio/sodio Idrofibra
Cute perilesionale integra Cute perilesionale non integra	Medicazione secondaria Garze + Cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Compresa assorbente multistrato + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Garza non aderente con poliestere e trigliceridi Idrocolloide Plus Creme/ soluzioni barriera Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Poliuretani con adesivo in silicone Garze con acido Jaluroico e Argento Sulfadiazina Garza non aderente con poliestere e trigliceridiAg Idrocolloide Plus

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 27 di 47

III / IV STADIO NON CAVITARIO CON NECROSI

Caratteristiche	Materiale di medicazione
	Medicazione primaria
Necrosi secca Escara - Fibrina Essudazione Moderata	Collagenasi Idrogeli Cuscinetto assorbente detergente con Soluzione di Ringer e PHMB
Necrosi nera molle - Fibrina -Slough Essudazione elevata	Alginato di calcio e sodio Cuscinetto assorbente detergente con Soluzione di Ringer e PHMB Idrofibre
	Medicazione secondaria
Cute perilesionale integra	Garze + Cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Compresa assorbente multistrato + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Garza non aderente con poliestere e trigliceridi Idrocolloide Plus Creme/ soluzioni barriera
Cute perilesionale non integra	Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Poliuretani con adesivo in silicone Garze con acido Jaluroico e Argento Sulfadiazina Garza non aderente con poliestere e trigliceridi Idrocolloide Plus

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 28 di 47

10.6. TRATTAMENTO LESIONI CRITICAMENTE COLONIZZATE CON O SENZA NECROSI

OBIETTIVO: PREVENIRE LE COMPLICANZE E GESTIRE L'INFEZIONE

LESIONI COLONONIZZATE

Caratteristiche	Materiale di medicazione
Necrosi secca Escara - Fibrina Essudazione Moderata	Medicazione Primaria
	Collagenasi Idrogeli Cuscinetto assorbente detergente con Soluzione di Ringer e PHMB Tessuto impregnato di DACC (dialchilcarbamoilcloruro)
	Alginato di calcio e sodio Ag Cuscinetto assorbente detergente con Soluzione di Ringer e PHMB Idrofibre Ag Tessuto impregnato di DACC (dialchilcarbamoilcloruro)
	Medicazione secondaria
Necrosi nera molle - Fibrina -Slough Essudazione elevata	Garze + Cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile
Cute perilesionale integra	Compressa assorbente multistrato + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Poliuretani Ag + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non sterile Garza non aderente con poliestere e trigliceridi Ag Medicazione con carbone Ag e TNT Poliuretano Ag Creme/ soluzioni barriera
Cute perilesionale non integra	Poliuretani + cerotto TNT e/o Poliuretano Film non

	PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	28/10/2015
		Pag 29 di 47

	sterile Poliuretani Ag con adesivo in silicone Garze con acido Jaluroico e Argento Sulfadiazina Garza non aderente con poliestere e trigliceridi Ag Poliuretano Cavitario Ag
--	---

	PROFILO DI CURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	codice
		Pag 30 di 47

11. IL TRATTAMENTO A PRESSIONE NEGATIVA (TPN)

Il trattamento con pressione negativa si realizza mediante l'utilizzo di dispositivi che consentono un'applicazione controllata e localizzata di una pressione sub atmosferica in corrispondenza del sito della ferita.

Le modalità attraverso le quali l'applicazione della pressione negativa ad una ferita può aiutare il processo curativo sono:

- retrazione della ferita;
- stimolazione della formazione del tessuto di granulazione;
- pulizia continua della ferita dopo debridement chirurgico;
- rimozione continua di fluido interstiziale (essudato);
- riduzione dell'edema interstiziale.

La retrazione della ferita mediante applicazione di pressione negativa rende i bordi più vicini e, allo stesso tempo, applica uno stress meccanico al tessuto. Lo stress applicato esternamente permette di creare micro deformazioni nelle cellule con conseguente produzione di mediatori cellulari responsabili dell'aumento della sintesi della matrice e della proliferazione delle cellule intorno alla ferita. La TPN determina un aumento della velocità di formazione del tessuto di granulazione; la pulizia continua della ferita può ridurre il carico batterico presente ed anche riduzione di sostanze che inibiscono la guarigione. L'essudato che si accumula nella ferita può meccanicamente comprimere i capillari locali e restringere il flusso ematico: la sua rimozione riduce l'edema del tessuto e permette un maggiore flusso sanguigno nell'area della ferita.

Il sistema che permette di realizzare tale modalità è in genere costituito dai seguenti moduli:

- ✓ una apparecchiatura di dimensioni, forme e materiali variabili con moduli di interfaccia e di controllo per operazioni di "input / output" dei dati, in genere costituito da display per la visualizzazione delle operazioni da effettuare quali impostazione parametri e valori espressi in mmHg ;
- ✓ una pompa che genera pressioni negative, un contenitore per la raccolta dell'essudato (canister), comprensivo di filtri; Materiali di medicazione Garze o Poliuretani in schiuma di dimensioni e forme variabili in funzione della ferita da trattare; Film di poliuretano per il fissaggio delle medicazioni e del dispositivo
- ✓ un tubo generalmente in polietilene integrato nella parte applicata che veicola l'essudato al contenitore di raccolta.

Le medicazioni in schiuma sono ricoperte da un film trasparente che impedisce ai batteri di raggiungere la ferita e "sigilla" l'area della lesione permettendo la creazione del vuoto, le schiume possono contenere argento.

Le medicazioni in garza possono contenere sostanze antimicrobiche.

La pressione negativa viene applicata con valori nel range di 5-125 mmHg.

La permanenza delle medicazioni può essere compresa in periodi che vanno da 48 ore a 5/6 giorni. La terapia deve essere effettuata per almeno 22 ore al giorno. I dispositivi possono essere sia fissi che portatili, consentendo di erogare la terapia a pazienti ospedalizzati o domiciliari. Può essere utilizzata in diversi setting: nel 40% a

	PROFILO DI CURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	codice
		Pag 31 di 47

livello domiciliare, nel 29% a livello ospedaliero e nel 27% in strutture sanitarie di lunga degenza.

I possibili ambiti di utilizzo della TPN riguardano lesioni di varia natura ed eziologia:

- ferite acute: traumi, ustioni;
- ferite croniche: ulcere da pressione, ulcere delle gambe, ulcere diabetiche;
- ferite deiscienti, ferite infette, ferite infette post sternotomia;
- ferite chirurgiche: trapianti di cute, lembi, preparazione del letto della ferita.

A questi ambiti si aggiunge la possibilità di utilizzare la TPN durante il trattamento della sindrome del compartimento addominale dopo laparotomia senza chiusura dell'addome di prima intenzione per il contenimento dei visceri e per evitarne danni traumatici.

Raccomandazioni Cliniche

La TPN può essere utilizzata su ferite acute o croniche, ma considerato l'elevato impegno economico la TPN può essere utilizzata quando ci siano condizioni quali:

1. lesioni trattate con medicazioni avanzate per 4 o più settimane senza riduzione della lesione; eccessiva trasudazione che non può essere gestita anche con cambi giornalieri di medicazione;
2. lesioni deiscienti; infette; preparazione per trapianti di cute;
3. presenza di pazienti collaboranti e consenzienti.

Deve essere posta particolare cautela, con necessità di attento monitoraggio, nell'utilizzo di tale terapia in presenza di sanguinamento, emostasi difficile, terapia anticoagulante, addome aperto dopo laparotomia senza chiusura della parete addominale.

La TPN non dovrebbe mai essere impiegata in presenza di:

1. osteomielite non trattata;
2. lesioni pre-ascessuali;
3. escara secca;
4. malattie ematologiche/disordini della coagulazione;
5. lesioni neoplastiche;
6. frammenti ossei non stabilizzati;
7. allergie ai componenti utilizzati per l'applicazione.

La TPN deve essere interrotta se dopo 3 settimane di applicazione non risulta efficace o se compaiono dolore o discomfort.

	PROFILO DI CURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	codice
		Pag 32 di 47

12. CRITERI COMPORTAMENTALI

La preparazione del fondo della ferita è un atto fondamentale ed imprescindibile, l'asportazione dei tessuti non vitali quando presenti può essere chirurgica, ma più frequentemente si ottiene procedendo a debridement enzimatico o autolitico, la scelta del debridement risponderà a caratteristiche legate al letto ed al margine di ferita, all'aspetto della cute perilesionale e/o a problematiche legate al paziente.

Il controllo dell'infezione avviene con l'utilizzo dell'antibiotico terapia per via sistemica e l'asportazione del tessuto infetto/contaminato presente nella lesione attraverso il debridement. L'utilizzo delle medicazioni antisettiche hanno come razionale la prevenzione della recidiva contaminante

L'eccesso dei fluidi è solitamente determinato dalla malattia di base e dalle caratteristiche della lesione. La componente trasudatizia va controllata con corretto trattamento della malattia di base. La componente essudatizia va controllata con medicazione a caratteristiche assorbenti. La scelta del trattamento è legata alla quantità dell'essudato.

La fase della riparazione tissutale si innesca quando le precedenti condizioni siano state soddisfatte. In questa fase è razionale l'utilizzo delle medicazioni avanzate con la finalità di creare il corretto ambiente umido, con attività bioattiva ed, in alcuni casi, al fine di un risultato estetico soddisfacente, con l'utilizzo dei materiali bio-ingegnerizzati. La chirurgia plastica ricostruttiva viene riservata a casi selezionati.

Cosa non fare

Utilizzare medicazioni avanzate a caratteristiche antisettiche o ad elevata capacità di assorbimento, bioattive o bio-ingegnerizzate quando:

- ✓ non sia stato asportato il tessuto devitalizzato (ostacolo a qualsiasi criterio di guarigione);
- ✓ l'infezione non sia sotto controllo (si è dimostrato che le medicazioni antisettiche non sono in grado di abbattere la carica batterica locale ottenibile solo con il debridement, mentre sono in grado di prevenire la recidiva settica);
- ✓ la particolare collocazione della ferita necessita di ricambio giornaliero o più volte al giorno (per esempio lesione sacrale facilmente esposta alle deiezioni);
- ✓ l'essudato è talmente abbondante che rende la medicazione assorbente utilizzata non idonea alla permanenza in sito per almeno due giorni;
- ✓ la malattia di base non sia sotto controllo e la relativa componente trasudatizia non sia diminuita oppure siano presenti condizioni di allettamento o altri condizionamenti che non permettano l'innescarsi della fase rigenerativa;

	PROFILO DI CURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	codice
		Pag 33 di 47

- ✓ le condizioni generali del paziente facciano prevedere una sopravvivenza molto limitata nel tempo tale da rendere irrazionale l'utilizzo di quei presidi finalizzati alla guarigione.

Cosa fare

- ✓ Programmare il debridement della ferita con asportazione dei tessuti non vitali e abbattimento consensuale della carica batterica attraverso metodiche chirurgiche, più rapide ed efficaci, oppure attraverso metodiche conservative quali debridement autolitico o enzimatico quando le peculiarità della lesione e del paziente lo richiedano.
- ✓ Utilizzare medicazioni non avanzate (garze, rotoli o compresse medicate a maglie larghe e stabili) in tutte quelle condizioni che richiedano la frequente sostituzione della medicazione come nel caso della contaminazione fecale nelle lesioni sacrali basse o in quelle lesioni il cui essudato è talmente abbondante che costringe giornalmente a sostituire la medicazione avanzata ad alta capacità di assorbimento a cadenza giornaliera anche con debridement effettuato.
- ✓ Utilizzare medicazioni classiche nei casi in cui la prognosi del paziente non possa far prevedere in ogni caso l'insuccesso della fase riparativa.
- ✓ Utilizzare la Terapia a Pressione Negativa NPWT quando le condizioni per l'insuccesso della fase della riparazione tissutale siano in essere, ma l'essudato e altre condizioni non permettano la permanenza della medicazione avanzata per un minimo di tre giorni previsti per tale tipologia di presidio. L'applicazione della NPWT viene proposta in base a criteri di selezione legati alla prognosi, eccesso di essudato, grado di contaminazione della lesione. La permanenza della NPWT non deve superare le tre settimane. La presenza di vivace granulazione indica la sospensione della NPWT. Tale trattamento può essere proseguito a domicilio, previo accordo con le cure domiciliari.
- ✓ Utilizzare medicazioni antisettiche con Ag, bio-attive o finalizzate al mantenimento del corretto ambiente umido quando si ha la certezza che possano rimanere in loco almeno tre giorni. Alcune medicazioni antisettiche con Ag sono state studiate per rimanere in sede anche 7 giorni

Ricordare che la mobilizzazione rimane l'atto terapeutico più importante

- Non esiste una sola medicazione ideale per ogni lesione.
- Non esiste una sola medicazione ideale per ogni fase della stessa lesione

	PROFILO DI CURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	codice
		Pag 34 di 47

- La lesione è l'espressione di un processo patologico in atto ed è in continua evoluzione, non bisogna considerare solo la lesione ma il paziente portatore di lesioni, e le cause che hanno portato alla formazione di lesioni.
- Osservare la lesione e descriverla monitorando la sua evoluzione (lunghezza, larghezza, profondità e/o volume con l'ausilio della scala di stadiazione NPUAP).
- Rimuovere quanto più possibile i tessuti necrotici presenti iniziando con una corretta detersione.
- La detersione deve essere fatta con soluzione Fisiologica Ringer lattato o soluzioni con ioni di argento (non sono citotossici o citolesivi).
- Non usare agenti cutanei o agenti antisettici (Iodopovidone, iodoformi, acido peracetico, acido acetico, soluz. di ipoclorito di sodio).
- Utilizzare la pressione sufficiente per rimuovere i tessuti necrotici senza causare danni al fondo stesso della lesione (una siringa da 35 ml con ago 19 gauge) irrigando abbondantemente.
- Scegliere una medicazione che garantisca un ambiente umido all'interno della medicazione per la genesi tissutale, ma che mantenga asciutta la cute circostante.
- Controllare la cute perilesionale, non deve essere macerata, disidratata, o con segni patologici: un buon aspetto della cute circostante è un indicatore del buon andamento del processo di guarigione e della giusta scelta del tipo di medicazione adottata.
- In presenza di tessuto necrotico procedere al suo sbrigliamento.
- Lo sbrigliamento di tessuto necrotico si può avere per azione enzimatica, proteolitica, autolitica, meccanica o, in presenza di necrosi importante, chirurgica.
- Non procedere ad esami culturali tramite tamponi sulle LdP, poiché tutte le ulcere sono colonizzate. Se persiste uno stato di sepsi optare per un prelievo biotico come materiale culturale da esaminare.
- In presenza di segni di infezioni utilizzare medicazioni antisettiche (contenenti Ag).
- Le lesioni che non iniziano a guarire o che continuano a produrre essudato abbondante entro 2/4 settimane possono essere trattate con antibiotico per uso topico (evidenze scientifiche contrastanti) o per via sistemica, sensibile sia ai Gram- che ai Gram+ e anaerobi.
- Rivalutare periodicamente la lesione, la cute perilesionale e l'essudato per avere conferma sulla giusta scelta del trattamento instaurato (evitare cambi di trattamento ad ogni medicazione).
- Durante il trattamento non dimenticare di procedere anche alla prevenzione per evitare l'insorgenza di altre lesioni, mettendo in pratica le informazioni già date.
- Non confondere lo slough, che si presenta come un tessuto necrotico molliccio, maleodorante e impredicabile, con il pus. Esso è spesso presente in lesioni al 3° - 4° stadio, ed è costituito solo da materiale con preponderanza fibrinica.
- Ridurre al minimo il tempo di esposizione della lesione durante il cambio di medicazione per evitare un abbassamento della temperatura presente al suo interno, poiché rallenterebbe il processo di citogenesi.

	PROFILO DI CURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	codice
		Pag 35 di 47

- In caso di ulcere infette ridurre al minimo l'uso di antibiotici. Sono indicati per via sistemica solamente in presenza di cellulite diffusa o di interessamento sistemico.
- Utilizzare le medicazioni avanzate seguendo le linee di utilizzo indicate dalla ditta produttrice, non cambiare con frequenza giornaliera.

	PROFILO DI CURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	codice
		Pag 36 di 47

13. IL DOLORE

Il dolore assume un ruolo determinante nel TIMECare del paziente portatore di una lesione cronica: esso può accompagnare ogni fase della storia clinica della persona affetta da LdP rendendone particolarmente bassa la qualità della vita. La corretta ricerca, valutazione e gestione del dolore è ben realizzabile solo in presenza di un'effettiva e attiva partecipazione e condivisione al trattamento da parte della persona affetta da LdP, ponendosi obiettivi raggiungibili anche attraverso l'educazione della persona alla cura.

Nel Documento di Posizionamento EWMA (*European Wound Management Association*) il dolore è un elemento in grado di modificare il modo con cui il paziente affronta non solamente la sua patologia, ma anche la terapia e, talvolta, può esservi discrepanza fra la percezione del paziente e quella dell'equipe, a causa di livelli culturali diversi, di problemi di comunicazione e dell'approccio terapeutico. Gestione del dolore quindi non solo come qualità di vita, ma anche come miglioramento dello stato psicologico del paziente che diventa strumento propedeutico alla guarigione. Tutti sappiamo che il dolore della ferita è un problema che, sotto molti aspetti, non è adeguatamente affrontato dalla comunità sanitaria. Studi hanno dimostrato che esistono problemi legati alla valutazione del dolore della ferita, e un approccio multidisciplinare è fondamentale ed è riconosciuto a livello internazionale. L'utilizzo di strumenti di valutazione del dolore deve essere costante per misurare e controllare il dolore durante il corso del trattamento.

Allo scopo di facilitare il lettore si allegano le Scale del Dolore e Analgesica che l'OMS suggerisce a tale proposito (Tabella I e Tabella II).

Tabella I – NRS (Numerical Rate Scale)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Lieve (I Grado)				Moderato (II Grado)		Severo (III Grado)			

Tabella II - Scala Analgesica OMS

I Grado Paracetamolo o FANS ± Ajuvanti			II Grado Tramadol Codeina+Paracetamol Ossicodone+Paracetamol Oppioidi deboli ± Paracetamol o FANS ± Ajuvanti			III Grado Buprenorfina Morfina Ossicodone Fentanil Oppioidi forti + Paracetamol FANS + Ajuvanti		
---	--	--	---	--	--	---	--	--

	PROFILO DI CURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	codice
		Pag 37 di 47

L'analgesia deve essere considerata come parte integrante del regime di trattamento di una ferita con la partecipazione di specialisti del dolore. La componente emozionale del dolore dovrebbe essere affrontata partendo con lo spiegare al paziente le cause del dolore e le misure da adottare per gestirlo, in modo da ridurre il suo stato d'ansia. E' utile impiegare analgesici appropriati per controllare il dolore con meno effetti collaterali.

L'utilizzo di medicazioni appropriate (se necessario atraumatiche) è importante perchè aiutano nella realizzazione di un buon rapporto tra i pazienti e i loro *caregiver*. Poiché il dolore è una questione complessa, come in ogni buon rapporto, si dovrà garantire una comunicazione chiara oltre ad adeguati piani di cura.

Valutare e trattare il dolore acuto o cronico con appropriato piano terapeutico in base alla intensità del dolore (scala NRS) utilizzando i farmaci più appropriati secondo la scala dell'analgesia OMS.

Prima di ogni medicazione, effettuare una corretta profilassi del dolore prevedibile, somministrando l'analgésico appropriato (FANS, Oppiacei o loro derivati in base alla peculiarità della lesione o del paziente), almeno 30 minuti prima dell'atto (per esempio morfina solfato 4-8 gtt oppure tramadolo 20 gtt, ecc.).

In caso di mancato controllo del dolore può essere necessario il supporto dello specialista algologo, specie qualora si ritenga necessario il ricorso a trattamenti antalgici costosi o ad elevato impatto sulla persona che comunque vanno riservati in caso di esaurimento delle terapie e degli interventi a minor invasività e nel rispetto della volontà della persona e della appropriatezza della scelta. Una buona gestione del dolore rende quindi necessaria la presenza dell'algologo nella stesura del percorso e nelle successive fasi di trattamento e rivalutazione del caso.

Prima di procedere a debridement chirurgico del fondo della ferita, in base alla metodica scelta, va consultato l'operatore e l'anestesista per la corretta scelta della procedura anestesiológica (antidolorifico pre – procedurale, anestesia locale, anestesia loco regionale, anestesia generale). Rinuncia a debridement chirurgico (metodica aggressiva) versus debridement autolitico o enzimatico (metodica conservativa) quando le condizioni generali del paziente indirizzano verso metodiche non aggressive.

COGNOME _____ NOME _____ LETTO _____

COGNOME _____ NOME _____ LETTO _____

COGNOME _____ NOME _____ LETTO _____

1° decubito LD Carrozzina: C
2° decubito SUP Deambulazione: D
3° decubito LS
4° decubito prono PRO

N.B. – Se le condizioni cliniche del paziente non permettono la postura in una qualunque delle posizioni indicate, evitarla e proseguire nella sequenza delle rotazioni come indicato – il cambio di postura durante le ore notturne è evitabile con l’ausilio di presidi antidecubito idonei al paziente. Segnalare se la persona assistita non viene mobilizzata e motivare.

	PROFILO DI CURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	codice
		Pag 39 di 47

ALLEGATO 2

SCALA DI BRADEN

	SCALA di BRADEN				data	data	data
	4	3	2	1			
PERCEZIONE SENSORIALE Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione	Non limitata Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limita la capacità di sentire ed esprimere il dolore e il disagio	Leggermente limitata. Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio e il bisogno di cambiare posizione. Ha impedimento al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità	Molto limitata Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore o disagio almento per la metà del corpo	Completamente limitata Non vi è risposta (non geme, non si contrae o affetta) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza od alla sedazione. Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo			
UMIDITA' Grado di attività fisica	Raramente bagnato La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine	Occasionalmente Bagnato La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno	Spesso bagnato Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno	Costantemente bagnato La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira si trova sempre bagnato			
ATTIVITA'	Cammina frequentemente Cammina al di fuori della camera camera almeno due volte al giorno e dentro la camera 1 volta al giorno ogni 2 ore (al di fuori delle ore di riposo)	Cammina occasionalmente Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia	In poltrona Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia o sulla sedia a rotelle	Completamente allettato Costretto a letto			
MOBILITA'	Limitazioni assenti Si sposta frequentemente e e senza assistenza	Parzialmente limitata Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo	Molto limitata Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto	Completamente immobile Non può fare alcun movimento di posizione senza assistenza			

	PROFILO DI CURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	codice
		Pag 40 di 47

NUTRIZIONE	Eccellente Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integrazioni	Adeguate Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. Si alimenta artificialmente con TPN, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario	Probabilmente Inadeguata Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà di cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari. Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con sondino)	Molto povera Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. Due o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratori. E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi o breve bevande per più di 5 giorni			
		Senza problemi apparenti Si sposta sul letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti	Problema potenziale Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare	Problema Richiede da una moderata ad una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazioni che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona.			
				Totale punti			

INTERVENTI POSTI IN ATTO

DATA INIZIO
TRATTAMENTO _____ INFERMIERE _____ MEDICO _____

INTERVENTI POSTI IN ATTO _____

	PROFILO DI CURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	codice
		Pag 41 di 47

ALLEGATO 3

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA (Barthel Index)

(Mahoney FI, Barthel DW: *Mar.St.Med.J.* 1965;14:61-65)

	A	B	C
Alimentazione	0	5	10
Abbigliamento	0	5	10
Toilette personale	0	0	5
Fare il bagno	0	0	5
Controllo defecazione	0	5	10
Controllo minzione	0	5	10
Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare	0	10	15
Montare e scendere dal WC	0	5	10
Camminare in piano	0	10	15
Salire o scendere le scale	0	5	10

A) dipendente B) con aiuto C) indipendente

PUNTEGGIO TOTALE _____/100

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA-INDICE DI BARTHEL

L'Indice di Barthel rappresenta uno degli strumenti di valutazione della funzione fisica più noti, soprattutto in ambito riabilitativo.

Fornisce un punteggio indicativo delle capacità del soggetto di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, usare i servizi igienici, spostarsi dalla sedia al letto e viceversa, deambulare in piano, salire e scendere le scale, controllare la defecazione e la minzione.

Il punteggio assegnato per ogni funzione può essere 15, 10, 5 o 0. Per esempio, vengono assegnati 10 punti se il soggetto si alimenta autonomamente e 5 punti se richiede aiuto (per esempio tagliare il cibo). Per il controllo della minzione e defecazione si considera indipendente il paziente che gestisce autonomamente i propri bisogni; con aiuto se richiede l'aiuto (anche parziale) di altri per utilizzare strumenti quali pappagallo o padella; dipendente se usa il catetere o presenta episodi di incontinenza, anche saltuari.

Il punteggio massimo è assegnato solo se il paziente esegue il compito in modo completamente

indipendente, senza la presenza di personale d'assistenza.

Il punteggio massimo è 100 ed indica l'indipendenza in tutte le attività di base della vita quotidiana.

	PROFILO DI CURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	codice
		Pag 42 di 47

ALLEGATO 4

ADL (*Activities of Daily Living*)

Per il calcolo dell'indice **ADL (ACTIVITIES OF DAILY LIVING)** si ricorre a una scala semplificata che prevede l'assegnazione di un punto per ciascuna funzione indipendente così da ottenere un risultato totale di performance che varia da 0 (completa dipendenza) a 6 (indipendenza in tutte le funzioni).

Per l'attribuzione del punteggio è necessario tradurre la scala di valutazione a tre punti (senza assistenza, assistenza parziale, o assistenza completa) nella classificazione dicotomica "dipendente/indipendente" utilizzando le seguenti istruzioni:

A) FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnature) 1) Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo). 2) Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso). 3) Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	Punteggio 1 1 0
B) VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate) 1) Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza. 2) Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe. 3) Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	1 1 0
C) TOILETTE (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi) 1) Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino). 2) Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda. 3) Non si reca in bagno per l'evacuazione	1 0 0
D) SPOSTARSI 1) Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore). 2) Compie questi trasferimenti se aiutato. 3) Allettato, non esce dal letto.	1 0 0
F) ALIMENTAZIONE 1) Senza assistenza. 2) Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane. 3) Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale.	1 0 0
PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F)	0/6

	PROFILO DI CURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	codice
		Pag 43 di 47

ALLEGATO 5

INDICE TIME

- T Tessuto necrotico o devitalizzato**
La ferita presenta tessuto necrotico o devitalizzato, escara dura, slough o depositi di fibrina
- I Infezione o Infiammazione**
La ferita presenta segni locali o sistemici di un'elevata carica batterica o infiammazione
- M Macerazione o secchezza - squilibrio dei fluidi**
La ferita presenta un eccesso di essudato con eventuale macerazione dei margini, o secchezza
- E Epidermide - margini non proliferativi o sottominati**
I margini della ferita si presentano sottominati e vi è una mancata progressione dei margini in assenza di necrosi, infezione ed essudato

	PROFILO DI CURA	codice
	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	Pag 44 di 47

ALLEGATO 6

SCHEMA DI VALUTAZIONE/GESTIONE DELLE LdP

UNITÀ OPERATIVA _____

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____

N. LETTO ____ LESIONE PRESENTE ALL'INGRESSO ☐ NO ☐ SI STADIO: ☐ I ☐ II

PROVENIENZA _____ DATA _____

DESTINAZIONE _____ DATA _____

SEDE

LOCALIZZAZIONE LESIONI DA PRESSIONE			GRADO			
☐	Prominenza occipitale		☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV
☐	Scapola	☐ sx ☐ dx	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV
☐	Processo spinoso		☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV
☐	Gomito	☐ sx ☐ dx	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV
☐	Sacro		☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV
☐	Cresta iliaca	☐ sx ☐ dx	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV
☐	Trocantere	☐ sx ☐ dx	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV
☐	Ischio	☐ sx ☐ dx	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV
☐	Piega glutea	☐ sx ☐ dx	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV
☐	Ginocchio	☐ sx ☐ dx	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV
☐	Cresta tibiale	☐ sx ☐ dx	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV
☐	Arto inferiore dx	Campo a testo libero per specificare la sede	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV
☐	Arto inferiore sx	Campo a testo libero per specificare la sede	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV
☐	Malleolo dx	☐ interna ☐ esterna	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV
☐	Malleolo dx	☐ interna ☐ esterna	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV
☐	Tallone	☐ sx ☐ dx	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV
PRESENZA DI INFEZIONE			☐ NO	☐ SI		

Firma Infermiere..... Data.....

	PROFILO DI CURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	codice
		Pag 45 di 47

In caso di LdP III/IV stadio o di lesione non stadiabile, compilare la seguente tabella alla presa in carico e per rivalutazione ogni 2 settimane o in seguito a variazioni peggiorative

Caratteristiche del letto	0	1	2
Bordi in via di guarigione	No	25-75%	>75%
Escara nera	> 25% dell'area della ferita	0-25%	Assente
Profondità/ipergranulazioni	Severamente depresso o rialzato se comparato con la cute circostante	Moderato	Pareggiato o quasi pari
Quantità di essudato	Severo	Moderato	Lieve o assente
Edema	Severo	Moderato	Lieve o assente
Dermatite perilesionale	Severo	Moderato	Minima o assente
Bordi callosi/fibrosi	Severo	Moderato	Minima o assente
Letto della ferita rosa	Necrosi/fibrina	50-75%	>75%
PUNTEGGIO 0-16	Valore rilevato=		

Firma Infermiere..... Data.....

	PROFILO DI CURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	codice
		Pag 46 di 47

ALLEGATO 7

INFEZIONE: Classificazione–Segni–Sintomi

Stadio 1 Pochi segni sottili di infezione (leggero maleodore, dolore o essudato)	Stadio 2 Aumentano i segni di infezione (aumento del maleodore, del dolore o dell'essudato)	Stadio 3 Segni manifesti di infezione localizzata (secrezione di pus, gonfiore, dolore, eritema e calore localizzato)	Stadio 4 Segni manifesti di infezione localizzata e segni di infezione generale (piressia ed aumento del numero dei globuli bianchi)
La guarigione progredisce normalmente	La guarigione non progredisce normalmente	Interessamento del tessuto circostante, la ferita acquista un aspetto deteriorato (cellulite, linfangite o cancrena)	Possibile evidenza di interessamento del tessuto circostante che può tradursi in sepsi e insufficienza organica, ciò può mettere a repentaglio la vita del paziente

	PROFILO DI CURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE	codice
		Pag 47 di 47

BIBLIOGRAFIA

Craven R.F., Hirnle C.J. Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica. Pavia Ambrosiana 1998

Hess C.T., Guida clinica alla cura delle lesioni cutanee. Milano Masson 1999

Zanetti E, Colosso A. Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito. Linee Guida. Milano Lauri 2000

National Pressure Ulcer Advisory Panel. Updated Staging System, 2007. <http://www.npuap.org>

Regione Toscana; Programma Nazionale per le Linee Guida. Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento. Istituto Superiore di Sanità, documento 3 del 2005, update 2008.

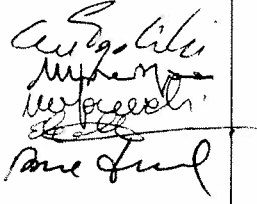
Lyder CH. Pressure ulcer prevention and management. JAMA 2003;289:223-6.

Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, et al. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. J Adv Nurs 2006;54:94-110.

Pilotto A, D'Onofrio G, Sancarlo D, et al. Treatment of late-life depression with selective serotonin reuptake inhibitors improves the Multidimensional Prognostic Index (MPI) in elderly patients. EGM 2010;1(Suppl 1):S145.

Sancarlo D, Scarcelli C, D'Ambrosio LP, et al. Validità del Multidimensional Prognostic Index (MPI) nel predire la durata di degenza e l'indice di case-mix in pazienti anziani ospedalizzati. G Gerontol 2009;57:524.

European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd, 2005.

Revisione	Data	Redazione	Verifica	Firma di Approvazione	Descrizione
0.0	28/10/2015	Gruppo vulnologico ASUR: Massimiliano Paolinelli Marco Sigona Maurizio Carnali Elisabetta Maestrini Bona Finocchi Alessandro Minnucci			

Allegato 5: RIORGANIZZAZIONE RETE LABORATORI PUBBLICI ASUR MARCHE RELAZIONE

La riorganizzazione delle reti di diagnostica di laboratorio di analisi, pubbliche e private, è un processo che ha trovato la sua origine in molti disposti normativi. È la Legge n. 296/2006, all'art.1, comma 796, lettera o) che stabilisce che *“le regioni provvedono, entro il 28 febbraio 2007, ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerente con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate”*.

Successivamente le *Linee di Indirizzo per la Riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio nel Servizio Sanitario Nazionale* del 2009 e l'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011 hanno fornito indicazioni e criteri per orientare la riorganizzazione della rete nelle Regioni, secondo l'approccio Hub e Spoke.

La riorganizzazione della rete laboratoristica, nell'ottica di un più ampio percorso di razionalizzazione della spesa, deve così mirare all'ottimizzazione dei processi individuando i bisogni effettivi delle prestazioni, le modalità di soddisfacimento di tali bisogni e l'appropriatezza delle tecnologie utilizzate per il soddisfacimento degli stessi, tenendo conto delle evoluzioni che le caratterizzano.

Il Sistema Socio-Sanitario delle Marche comprende l'Azienda Sanitaria Unica Regionale articolata in cinque Aree Vaste e tre Aziende Ospedaliere: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Torrette di Ancona; l'Azienda Ospedaliera Marche Nord; l'Azienda INRCA di Ancona.

Ogni Area Vasta ha una valenza ospedaliera e territoriale e comprende un Dipartimento di Diagnostica, il quale prevede la presenza di un Laboratorio di Analisi Cliniche.

Tra le finalità della suddivisione del territorio in Aree Vaste, una grande importanza riveste il razionale utilizzo delle risorse disponibili. Nell'ambito specifico della diagnostica di Laboratorio questa strutturazione individua tre aspetti:

- lo sviluppo di una rete integrata del servizio in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni dell'utenza in condizioni di equa accessibilità al sistema (compresi i tempi di risposta);
- la garanzia dell'esecuzione di esami di base indifferibili, sia in regime ordinario che di urgenza, in ogni presidio ospedaliero con posti per acuti;
- l'individuazione di sedi uniche in AV in cui concentrare esami specialistici differibili sia per realizzare economie di scala che maggior complessità

A tal fine, si rende necessaria la suddivisione degli esami diagnostici secondo criteri di economia di scala, complessità e specialità delle prestazioni.

In attuazione con quanto previsto dalla DGRM 735/2013, che propone una riduzione della frammentazione ospedaliera e la riconversione delle piccole strutture ospedaliere in Case della Salute e rispetto a quanto stabilito dalla DGRM 1345/2013 (successivamente parzialmente modificata dalla DGRM 1219/2014) sul Riordino delle Reti Cliniche della Regione Marche in cui viene stabilito che *“il Laboratorio Unico di Area Vasta ha un'unica Sede e un unico Responsabile. Si potranno prevedere ulteriori sedi in altri punti del presidio a garanzia delle urgenze per specifiche linee produttive. All'interno del Laboratorio Unico di Presidio di AV l'attività di urgenza dovrà essere garantita H24 dal personale tecnico in tutti gli ex ospedali di rete con un'unica guardia attiva inter-AV dei laureati gestita mediante un server unico con possibilità di firma in remoto. Le procedure analitiche saranno codificate dal responsabile. Nelle Case della Salute, ove previsto, sarà garantito il Punto Prelievo. Possibilità di creare un Dipartimento Interaziendale in Area Vasta geograficamente inteso”*.

I Laboratori presenti nelle Aree Vaste hanno ipotizzato ed iniziato ad attuare dei Progetti di Riorganizzazione che prevedono una razionalizzazione delle attività che parte dalla distinzione degli esami di laboratorio in:

- esami di corelab indifferibili (di base)**: si tratta di esami fondamentali per l'inquadramento diagnostico di tutte le patologie trattate negli ospedali di rete, per i quali è necessario rispettare tempi di attesa inferiori

ad 1 ora per le emergenze e giornalieri per la routine. Questi esami sono a bassa complessità analitica e richiedono per la loro esecuzione, competenze e strumentazioni comunemente presenti nei Laboratori degli ospedali di rete;

2. **esami di specialità:** si tratta di esami fondamentali per diagnosi più fini, in particolare per la diagnosi differenziale, per la prognosi e per il monitoraggio delle malattie comunemente trattate negli ospedali di rete, per utenti ambulatoriali e con accesso diretto. Il loro governo clinico è più complesso, così come è più complessa la loro esecuzione dal punto di vista analitico. Anche per questi esami sono necessari tempi di risposta brevi, in genere entro 2-4 giorni. La loro esecuzione necessita di strumentazione dedicata e di maggiori competenze per il supporto al clinico nella richiesta e nell'interpretazione. Sono esami per i quali il numero di richieste può essere significativo ma che possono essere concentrati in un'unica sede, sia per economia di scala che per l'esistenza delle competenti professionalità.
3. **esami ad alta specialità e ad alta complessità:** sono esami fondamentali per la diagnosi di malattie rare, che non sono comunemente trattate negli ospedali di rete e per le quali sono necessarie competenza e strumentazione completamente dedicata. Questi esami non richiedono tempi di risposta brevi e vanno concentrati in sedi uniche, che in genere sono rappresentate dai Laboratori delle Aziende Ospedaliere (esempio test di approfondimento in biologia molecolare).

Nello schema proposto di seguito sono indicati

- a. i Settori con i corrispondenti Esami Corelab che, eseguiti in tutti i Laboratori delle strutture ospedaliere con posti letto per acuti, garantiscono le risposte rapide per le richieste urgenti
- b. i Settori relativi agli Esami di Specialità che, non richiedendo una risposta rapida, devono essere previsti in un'unica sede di Area Vasta.

Settori del Laboratorio e Tipologia di Esami	Esami Corelab	Esami di Specialità
EMATOLOGIA	0	
COAGULAZIONE	0	
CHIMICA CLINICA	0	
IMMUNOMETRIA	0	
EMOGASANALISI	0	
URINE	0	
TOSSICOLOGIA		0
PROTEINE ed ELETTROFORESI		0
SIEROLOGIA		0
EMOGLOBINE GLICATE e PATOLOGICHE		0
ALLERGOLOGIA		0
AUTOIMMUNITÀ		0
BIOLOGIA MOLECOLARE		0
SANGUE OCCULTO		0
CITOFUORIMETRIA		0
CITOGENETICA		0
PARASSITOLOGIA		0
MICROBIOLOGIA		0
ANATOMIA PATOLOGICA/CITOLOGIA		0

La concentrazione dei Settori di Specialità dovranno tener conto delle competenze professionali, del numero del personale tecnico e laureato in organico e delle risorse tecnologiche presenti nelle sedi e non può prescindere da due presupposti fondamentali: la realizzazione del **server unico di Area Vasta** e **una rete trasporti adeguata**.

Dai dati raccolti si evince che i Laboratori Pubblici attualmente funzionanti sono 16 (in AV1: Urbino, Pergola, Sassocorvaro, Cagli, Fossombrone; in AV2: Fabriano, Jesi, Osimo, Senigallia, Loreto, Cingoli; in AV3: Macerata, Civitanova M., San Severino, Camerino, Tolentino; in AV4: Fermo, Amandola; in AV5: Ascoli, San Benedetto)

- i laboratori sono attivi in strutture ospedaliere in cui sono presenti un'attività di emergenza e/o posti letto per acuti, ad eccezione di Sassocorvaro, Fossombrone, Cagli, Cingoli, Loreto e Tolentino (Ospedali che verranno trasformati in Casa della Salute)
- le Aree Vaste 1 di Urbino e 4 di Fermo sono le uniche che presentano una buona organizzazione caratterizzata da un Server Unico e Settori Specialistici concentrati in un'unica sede
- nelle Aree Vaste 2, 3 e 5 non sono ancora stati completamente messi a regime il Server Unico e l'accentramento degli Esami di Specialità
- l'AV1, considerate le sue caratteristiche geografiche, presenta maggiori criticità rispetto alle altre Aree Vaste. Mentre la chiusura dei Laboratori di Fossombrone e Cagli non dovrebbe comportare gravi problematiche, difficoltà più importanti si configurano per il Laboratorio di Fossombrone in quanto i Punti Prelievo territoriali afferenti sono dislocati a distanze tali che i campioni biologici che attualmente giungono allo stesso laboratorio entro tempi limite, verrebbero recapitati in orari inaccettabili. Sarebbe pertanto opportuno prevedere la cessazione dell'attività in una seconda fase.

Dall'analisi dei Progetti presentati dai Responsabili delle Aree Vaste derivano le seguenti considerazioni:

- a. **Server Unico:** per assicurare uno scambio corretto dei campioni e garantire la loro esatta identificazione, l'esecuzione dei test e la diretta trasmissione dei risultati nel referto finale, oltre che nell'ambito del progetto per il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale, è indispensabile che tutti i laboratori presenti in ogni Area Vasta lavorino su un'unica piattaforma informatica e unico database:
 - l'Area Vasta 1 è dotata di Server Unico
 - in AV2, la realizzazione è in corso ed è prevista per inizio 2016
 - mancano le autorizzazioni per la realizzazione dei Server per le AV3 e AV5; in AV5 è presente nei Reparti e nei Punti Prelievo Territoriali di Ascoli Piceno un'anomalia relativamente alla fase di accettazione che viene effettuata con il Programma Esalab della Ditta NBS; il SIL in dotazione al 100% dei Laboratori Pubblici ASUR e Aziende Ospedaliere della Regione Marche consente la gestione completa dei campioni biologici dalla fase di accettazione a quella di refertazione e visualizzazione on-line dei risultati finali da parte del richiedente (ospedaliero o utente esterno) e non necessita di programmi ulteriori
- b. **Trasporti:** Una rete trasporti efficace, con cadenza almeno giornaliera, è indispensabile per garantire la consegna entro tempi e temperature corretti e l'esecuzione degli esami nei tempi previsti. A tal fine è necessario prevedere una corretta organizzazione dei trasporti:
 - la raccolta dei campioni biologici dei Punti Prelievo afferenti ai Laboratori è presente ovunque, pur evidenziando in alcune situazioni criticità relativamente ai tempi di arrivo che potrebbero risultare ai limiti di accettabilità; i trasporti sono tutti effettuati da personale dipendente ad eccezione della ex ZT7, dove vengono svolti da 4 automezzi della Croce Rossa Italiana e a Senigallia
 - le maggiori difficoltà si riscontrano sulla mancanza di mezzi che devono collegare i laboratori per garantire il trasferimento dei campioni nelle sedi specialistiche
 - la Determina 447/ASURDG del 22/06/2015 ha disposto l'aggiudicazione del Lotto 4 per la fornitura dei Contenitori e dei Dispositivi per il monitoraggio della temperatura e dei tempi di trasporto dei campioni biologici, consentendo ai laboratori ASUR di dotarsi dei materiali idonei a tale servizio
- c. **L'attenzione al corretto trattamento dei campioni biologici** dopo la loro raccolta è un requisito fondamentale per la produzione di un dato di laboratorio corretto. Per gli analiti più labili (es.

test coagulativi, glicemia) è opportuno considerare la possibilità di installare nei punti prelievo più lontani/disagiati una centrifuga. La centrifugazione dei campioni garantisce una stabilità degli analiti critici.

- d. **Certificazione ISO 9001:2008.** è indispensabile per tutti i Laboratori ASUR, per la standardizzazione dei processi e per la realizzazione della guardia (o reperibilità unica) dei Dirigenti all'interno o fra le Aree Vaste. Risultano Certificati i Laboratori dell'AV1, AV2 (ad eccezione di Senigallia che si certificherà entro dicembre 2015).
- e. **VEQ.** nell'anno 2014 la partecipazione non è avvenuta in quanto la Regione Marche non ha confermato la convenzione con l'A.O. Careggi di Firenze. La partecipazione alla VEQ è obbligatoria secondo la L.R. 20/2000 e richiesta da ogni Ente di Certificazione ISO ed indispensabile come garanzia di qualità del dato fornito. A seguito dei progetti di integrazione realizzati o in fase di compimento nel 2015, è indispensabile procedere rapidamente alla revisione delle diagnostiche da sottoporre a VEQ ed alla impostazione di una gara di aggiudicazione che metta in concorrenza più produttori.
- f. **Terapia Anticoagulante Orale (TAO).** Nell'ASUR Marche la distribuzione dei Centri di Sorveglianza è disomogenea: mentre è ben rappresentata nel Centro Sud della regione (AV3, AV4 e AV%), nell'AV 1 e nell'AV2 l'attività di gestione e controllo è affidata ai MMG e ad alcuni professionisti ospedalieri.

È necessario attivare:

- un Centro di Sorveglianza TAO in ogni Area Vasta. La gestione dovrebbe essere limitata esclusivamente a personale medico delle U.O. di Patologia Clinica (se dotate delle adeguate risorse) o Medici dei Reparti Ospedalieri (Ematologi o Cardiologi) e non svolta da altri professionisti (es. medici trasfusionisti che dovrebbero seguire esclusivamente pazienti donatori o pazienti da trattare con trasfusioni)
- creare un Comitato Regionale composto dai responsabili dei Centri di Sorveglianza
- riattivare il rapporto con la Regione al fine di predisporre procedure e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, omogenei e sicuri non solo per i farmaci Antagonisti Vit. K ma anche e soprattutto per i NAO
- sviluppare una rete tra i Centri ed i Medici di Medicina Generale (MMG), gli specialisti di settore (cardiologi, neurologi, geriatri, angiologi, ematologi), le strutture ospedaliere e quelle di assistenza territoriale coinvolgendo anche le associazioni dei pazienti anticoagulanti (AIPA)
- gestire e controllare tramite i Centri di sorveglianza l'utilizzo di coagulometri portatili (POCT) per la determinazione dell'INR; l'espletamento di una gara unica regionale permetterebbe un significativo contenimento dei costi.

Tutto ciò è importante per due principali motivi:

- fornire al paziente un servizio che consenta di controllare in modo efficace e sicuro la terapia con i farmaci anticoagulanti orali, per stabilire i tempi dei controlli utilizzando in modo appropriato i test di laboratorio e permettere la gestione del paziente in corso di malattie intercorrenti, complicanze emorragiche, tromboemboliche o preparazione ad interventi chirurgici
 - selezionare ed indirizzare i pazienti con basse prestazioni di qualità terapeutica verso gli specialisti clinici del settore per la eleggibilità verso i Nuovi Anticoagulanti Orali; ciò consente di governare in modo giusto e corretto la prescrizione di NAO, tenuto conto del loro costo elevato
- g. **Governo dell'appropriatezza prescrittiva.** È un'altra importante azione da perseguire con maggior forza nell'ambito di ciascuna realtà. Spesso si riscontra una richiesta ripetuta e non giustificata di esami al di fuori dei tempi definiti dalle Linee Guida delle Società Scientifiche secondo l'Evidence Based Medicine. In questo ambito è fondamentale e specifico il ruolo dei Medici in Laboratorio, che si è fortemente squilibrato in tutta l'ASUR a favore dei Biologici (1:2), mentre dovrebbe essere nel

rapporto 1:1.

Per un corretto controllo della richiesta i Laboratori devono aver attivato o attivare:

- Estensione dell'uso dei test riflessi per interni (bilirubina, colesterolo, celiachia, ana reflex, HBsAg reflex, ecc.)
- la revisione dei profili di richiesta
- l'inserimento nel software di “*blocchi-bloccanti*” per limitare le richieste ridondanti in tempo di ripetizione
- l'attribuzione di pesi alla complessità delle prestazioni per ribaltamento dei consumi sulle singole UUOO, allo scopo di indurre una maggiore attenzione ai costi
- incontri di condivisione con i MMG e medici ospedalieri riguardo a marcatori tumorali, diagnosi morbo celiaco, test autoimmuni, utilizzo di test costosi come BNP, procalcitonina, troponina, ecc.
- la consulenza clinica fornita sia ai medici richiedenti che ai pazienti stessi
- la costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici comuni, concordati fra le UUOO richiedenti e MMG/PLS
- la costruzione con specialisti ospedalieri, MMG/PLS di “approcci sindromici” a varie condizioni/patologie, allo scopo di richiedere solo le prestazioni necessarie: infezioni genitali, diarree, polmoniti, meningiti/meningo-encefaliti, ecc.
- la diffusione dei principi della Medicina basata sulle Evidenze riguardo all'efficacia e predittività dei test diagnostici
- l'aumento del ricorso al referto commentato

- h. ***Libera Professione intramuraria d'équipe.*** La Libera Professione garantisce all'utente un servizio di qualità salvaguardando anche il suo diritto di libera scelta, rappresenta per l'Azienda un introito (50% dell'incasso) e costituisce un incentivo per il personale ad effettuare ore aggiuntive remunerate, estendendo l'orario di lavoro a compensazione della carenza degli organici. Risulta pertanto indispensabile stabilire a livello ASUR regole comuni per la realizzazione di tale attività.

Ancona li, 20 novembre 2015

Il GLAR - ASUR

Dott. Alberto Cacciamanni
Dott.ssa Giovanna Faccenda
Dott. Antonio Politi

LABORATORI ANALISI ASUR MARCHÉ

[illegible][illegible]

Allegato: ORGANIZZAZIONE TRAUMATOLOGIA DELLA MANO -
INTEGRAZIONE CON AOU OSPEDALI RIUNITI

**LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON
TRAUMA DELLA MANO/ARTO SUPERIORE**

PREMESSA

L'accordo sancito tra il Ministero e la Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni (Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana n. 285 del 7/12/2001), definisce due livelli di intervento: il I livello, a bassa complessità, che prevede il trattamento di lesioni di uno o due dei seguenti tessuti (lesioni cutanee accostabili direttamente, tendinee, capsulo- legamentose e fratture) ed il II livello, ad alta complessità, che prevede il trattamento di lesioni che interessano tre o più tessuti contemporaneamente e caratterizzate da lesioni cutanee con perdita di sostanza non accostabili direttamente, fratture comminute esposte articolari e non, associate a lesioni, tendinee, capsulo-legamentose o all'interruzione di assi vascolari e/o nervosi. Queste ultime richiedono un trattamento ultra specialistico di chirurgia della mano e microchirurgia che in Italia è individuato nell'ambito del DEA di II livello.

Classificazione delle lesioni traumatiche acute della mano

I traumi acuti della mano possono produrre:

- lesioni semplici;
- lesioni a complessità specialistica;
- lesioni ad alta complessità specialistica.

Lesioni semplici (di I livello)

Sono tali quando abbiano dato esito negativo i test o esami strumentali volti a evidenziare lesioni a tendini, nervi, assi vascolari e apparato osteoarticolare.

Questi traumi sono trattabili in ambito di Pronto Soccorso o in UO di Ortopedia di I livello.

Lesioni a complessità specialistica Ortopedica (di I livello)

Sono lesioni traumatiche:

- chiuse (fratture, lussazioni, lesioni legamentose, traumi da schiacciamento con gestione immediata o preventiva della sindrome compartimentale);
- aperte, ferite cutanee accostabili direttamente, con interessamento di uno o due tra i seguenti tessuti: osso, tendini, legamenti;
- amputazioni e subamputazioni, qualora non esista indicazione al trattamento microchirurgico (reimpianto o rivascolarizzazione) e si richieda la regolarizzazione del moncone (vedi criteri clinici riportati nella Tabella 1).

Questi traumi sono trattabili in centri di I livello ed eccezionalmente possono richiedere una consulenza specialistica differita di II livello.

Lesioni ad alta complessità specialistica (di II livello) da centralizzare previo consulto telefonico ed eventuale invio di immagini

Sono lesioni traumatiche aperte:

- generalmente con contemporaneo interessamento di tre o più dei seguenti tessuti: cute, tendini, nervi, articolazioni, osso e assi vascolari; anche un solo tessuto dei citati qualora:
 - ✓ si tratti di pazienti di età inferiore ai 14 anni (centralizzazione presso presidio Salesi);
 - ✓ si verifichi interruzione dei tendini flessori in zona 2 (dalla interfalangea prossimale alla zona palmare);
 - ✓ sia presente una lesione del nervo.
- con perdite cutanee che necessitino di trattamento con sollevamento di lembo/trattamento microchirurgico;
- lesioni da inoculo a pressione;
- lesioni con degloving, sub amputazione e amputazione quando indicato il tentativo di reimpianto (vedi criteri riportati in Tabella 1)

Questi traumi sono trattabili in centri di II livello previ accordi telefonici con il medico di guardia della struttura accettante.

Indicazioni operative per l'invio del paziente

In caso di lesioni ad alta complessità specialistica è consigliabile:

- ✓ porre l'arto in scarico;
- ✓ arrestare il sanguinamento con mezzi atraumatici: bendaggi compressivi (non pinze emostatiche, legature, o lacci emostatici);
- ✓ esplorare le ferite, senza loro ampliamento, per la rimozione di corpi estranei e agenti contaminanti, e lavarle abbondantemente con soluzione fisiologica semplice (senza l'aggiunta di antisettici o antibiotici);
- ✓ iniziare una terapia antibiotica ad ampio spettro (verrà condiviso apposito protocollo);
- ✓ avvolgere l'arto in un telo sterile e immobilizzarlo in ortesi rigida.

Eseguito il percorso diagnostico indicato e accertata la stabilità delle condizioni generali, l'ortopedico contatta il medico del centro di riferimento di II livello tramite UO, di notte o nei festivi dell'AOU Ospedali Riuniti fornirà il numero del medico Pronto Disponibile per un colloquio diretto. In caso di dubbio diagnostico oltre al contatto telefonico sarà necessario lo scambio di immagini.

Una volta deciso per il trasferimento, il paziente potrà essere centralizzato dopo aver eseguito tutti gli accertamenti clinici, laboratoristici e strumentali necessari per l'intervento chirurgico (esami ematochimici: emocromo, coagulazione, chimica, ECG e Rx mano)

Il trasferimento dovrà essere effettuato in sicurezza, in ambulanza, riservando l'elisoccorso solo ai casi di amputazioni di macrosegmenti (mano, avambraccio, arto superiore).

Il segmento amputato va correttamente conservato secondo le indicazioni del medico del centro di II livello e qui di seguito schematizzate in Figura 1.

Al medico del centro di riferimento verranno fornite tutte le informazioni del caso come riportato in Tabella 2.

Con l'organico medico a regime della SODc di Chirurgia Ricostruttiva e Chirurgia della Mano dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona (esigenze calcolate per l'HUB di 7 D.M. +1) si potrà attivare la seconda Pronta Disponibilità, e per la centralizzazione del paziente sarà sufficiente il solo preavviso telefonico dell'invio presso il Pronto Soccorso.

Fino a che l'organico non sarà a regime (attualmente 4 Dirigenti Medici + 1), al fine di offrire al paziente la migliore risposta assistenziale in un settore in cui il risultato è tempo dipendente, è d'obbligo il contatto telefonico tra il Medico inviante (I livello) ed il Medico accettante (II livello) anche per accertare la disponibilità dell'equipe operatoria.

Qualora per i tempi di intervento non sia possibile il trasferimento al centro di II livello del AOU Ospedali Riuniti di Ancona, saranno presi contatti con gli altri centri in Italia tramite la CO 118.

Ogni UO di ortopedia ASUR nominerà un referente per il I livello.

Saranno organizzati percorsi formativi congiunti tra i centri di I e II livello.

L'organizzazione del percorso formativo teorico e pratico, sotto l'egida e con l'accreditamento delle autorità regionali competenti, sarà compito specifico del Direttore della SODc di Chirurgia Ricostruttiva e Chirurgia della Mano dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona (HUB regionale di II livello).

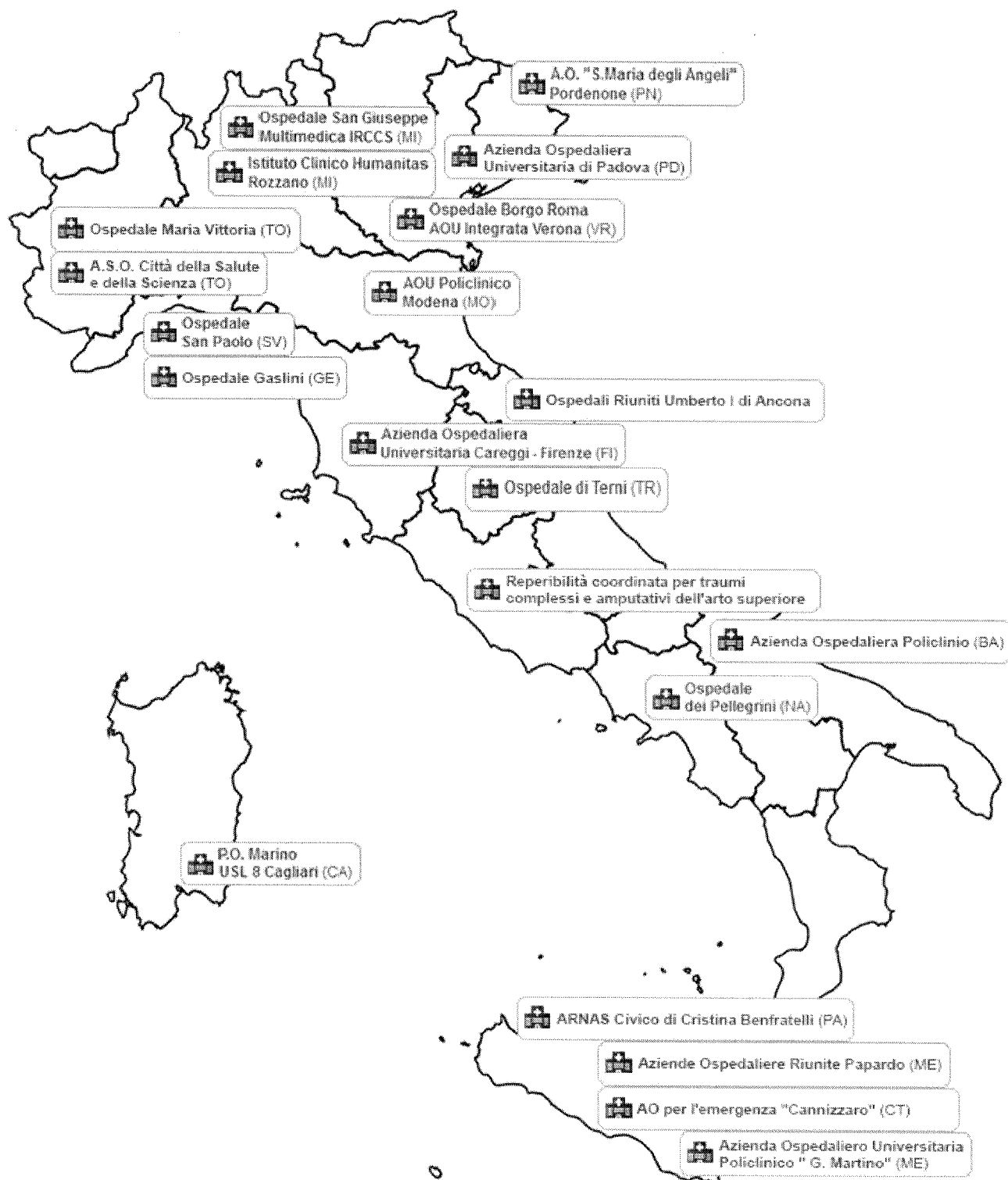


Figura 1: indicazioni per la corretta conservazione e per il trasporto di segmenti amputati-subamputati.

LINEE GUIDA PER IL PRIMO SOCCORSO ED IL TRASPORTO		
AMPUTAZIONE Primo Soccorso Conservazione e trasporto • Arrestare il sanguinamento con strumenti atraumatici • Evitare disinfettanti • Utilizzare bendaggi elastici compressivi ed elevare l'arto • Refrigerare (+4°C) il segmento amputato	• Avvolgere il segmento amputato in garze sterili imbevute di soluzione fisiologica • Mettere il tutto in un contenitore di plastica idrorepellente e posizionare il sacchetto in un contenitore con ghiaccio (+4°C) • Evitare il contatto diretto tra il segmento amputato e il ghiaccio (temperatura ideale: +4°C)	
SUB-AMPUTAZIONI Primo Soccorso e trasporto • Arrestare il sanguinamento con strumenti atraumatici • Utilizzare lacci solo in caso di sanguinamenti inarrestabili: segnare l'ora di applicazione e limitarla a 60 minuti • Evitare disinfettanti • Immobilizzare l'avambraccio in una ortesi rigida • Applicare un bendaggio elastico compressivo • Elevare l'arto in scarico • Refrigerare solo i segmenti ischemici	• Evitare bende emostatiche • Evitare traumi diretti ai fasci vascolari con legature o clamps • Arrestare il sanguinamento con bendaggi elastici locali ed elevazione dell'arto • Se occorre applicare il laccio per un massimo di 60 minuti	
SOS EMERGENZA MANO Numero di emergenza locale ▼ Numero di emergenza provinciale 118 ▼ Numero verde nazionale dedicato 800649068	Informazioni di base da comunicare all'equipe microchirurgica: • Età, sesso, professione • Stato di salute generale • Lesioni associate • Sede, livello, dominanza • Meccanismo del trauma • Tempo di ischemia • Condizioni locali del segmento amputato • Presenza di agenti contaminanti • Tempo di trasporto previsto • Esami ematochimici, ECG etc	Tempi limite per i reimpianti (con corretta conservazione) • 10 ore per macro-segmenti (contenenti masse muscolari) • 24 ore per micro-segmenti (dita)

Tabella 1: indicazioni e controindicazioni assolute e relative per la centralizzazione delle lesioni ad alta complessità specialistica (di II livello).

<u>INDICAZIONI ASSOLUTE</u>	<u>CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE</u>
- BAMBINI* (sino al compimento dei 14aa di età il paziente sarà centralizzato presso la SODS di Ortopedia Pediatrica del presidio Salesi della AOU Ospedali Riuniti, previo contatto e su indicazione del Dirigente Medico in servizio presso la suddetta struttura) - POLLICE - AMPUTAZIONE DITA MULTIPLE - TRANS-METACARPALE, POLSO E AVAMBRACCIO	- ALTO RISCHIO CHIRURGICO E/O ANESTESIOLOGICO - IMPOSSIBILITÀ TECNICA PER CONDIZIONI LOCALI (perdita di sostanza con mortificazione dei tessuti, esteso schiacciamento con fratture comminute, errata conservazione del moncone, contaminazione, ustioni, causticazioni, ischemia prolungata) - DITA DEL PIEDE
<u>INDICAZIONI RELATIVE</u>	<u>CONTROINDICAZIONI RELATIVE</u>
- Sguantamento con integrità scheletrica - Amputazione netta distale all'inserzione del flessore superficiale	- Età > 70 anni - Politraumatismo grave - Patologie sistemiche pre esistenti - Avulsione, schiacciamento, danni da agenti fisici - Amputazione prossimale all'insezione del flessore superficiale - Indice in lavoratore manuale - Patologie psichiatriche - Tabagismo, alcolismo, abuso di droghe

- * Il trattamento chirurgico in Urgenza/Emergenza sarà presso il presidio Salesi sarà garantito solo ad organico completo ovvero quando sarà attiva la II pronta disponibilità chirurgica (vedi pagina 1 IV capoverso).

Tabella 2: informazioni che devono essere fornite al momento del trasferimento del paziente presso il Centro di II livello.

Invio del paziente a un centro di II livello
Quando lo specialista della mano viene contattato per un trauma grave con “lesioni di interesse specialistico complesse” chiederà informazioni al medico inviante su: • nome del medico, Unità Operativa e/o ospedale da cui chiama; • età del paziente e stato di salute generale; • meccanismo traumatico; • interessamento della sola mano o di tutto l’arto superiore; • eventuale concomitanza di più lesioni; • eventuale esecuzione di accertamenti strumentali e loro referti. Nel caso di un’amputazione, chiederà informazioni su: • trattamento dei due monconi prima dell’arrivo al pronto soccorso; • livelli delle lesioni cutanee dei monconi; • eventuali striature scure (rosso-marroni) sulla superficie dei monconi tali da far sospettare una coagulazione intravascolare; • eventuale fuoriuscita di nervi o tendini dal segmento amputato, tali da far sospettare una amputazione-avulsione; • modalità di trattamento dei monconi in vista del trasferimento. In caso di trasferimento, il medico inviante fornirà informazioni sul tipo di trasporto e l’ora stimata dell’arrivo del paziente. (Basato sugli Atti della prima Conferenza di consenso europea sui reimpianti e i trapianti di segmenti d’arto a livello dell’arto superiore; edizione italiana a cura della SICM).

Bibliografia

- Becker M et al. Time limits in microreplantation. In Pho R et al. Edit. Reconstructive Microsurgery: current trends. 12 th Symposium of the International Society of Reconstructive Microsurgery 6-10 February 1996. Singapore: Goth Bros Enterprise.
- Boulas HJ. Indications in digital amputations. Journal of American Academy of Orthopaedic Surgeons 198; 6: 100-105.
- Leung PC. Prolonged refrigeration in toe-to-hand transfer. Case report. Journal of Hand Surgery 1981; 6: 152.
- Chiu HY et al. Revascularization of digits after 33 hours of warm ischemia time. A case report. Journal of Hand Surgery 1984; 9A: 63.
- Chiu HY. Indications and contraindications for digital replantation. J Formos Med Assoc 1992; 91: S214-S221.
- Datiashvili RO et al. Successful replantation of the lower leg after 42 hours ischemia: case report. Journal of Reconstructive Microsurgery 1992; 8: 447-453.
- Elliot D et al. A comparison of replantation and terminalization after distal finger amputation. Journal of Hand Surgery 1997; 22B: 523-529.
- Iglesias M et al. Replantation of amputated segments after prolonged ischemia. Plastic and Reconstructive Surgery 1990; 85: 425-429.
- Vilkki S. Replantation. Studies on clinical replantation surgery. Acta Universitatis Tamperensis 1983; ser A: Vol 156.
- Yamano Y. Replantation of the amputated distal parts of the fingers. J. Hand Surg 1985; 10A: 211-218.
- Wei FC et al. Three successful digital replantations in a patient after 84, 86 and 94 hours of cold ischemia time. Plastic and Reconstructive Surgery 1988; 82: 346-350.

VII. Rete Neurologica

Ancona, 14/12/2015

Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

Ruolo
Direttori Medici di Presidio ASUR
Direttori UOC Neurologia ASUR
Direttori UOC Med. e Chir. Acc. Urg. ASUR
Direttori Centrali Operative 118 ASUR

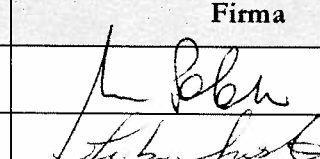
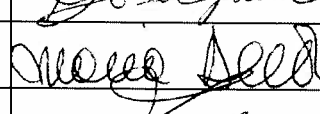
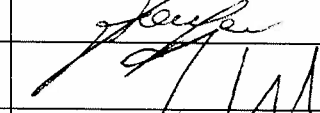
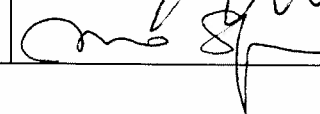
Applicazione Normativa

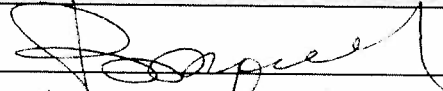
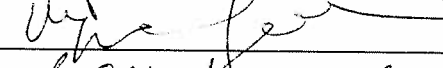
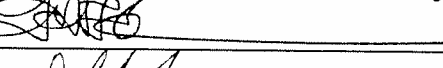
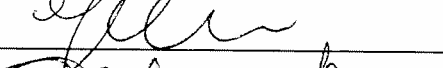
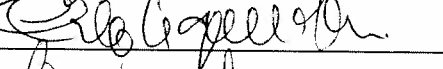
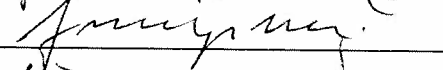
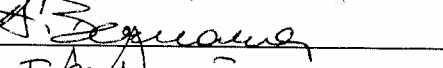
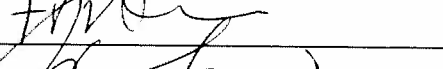
ASUR
DGRM 1219/2014 "Modifica della deliberazione n. 1345 del 30/9/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n. 551 del 17/4/2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR"
DM 70/2015: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"

Obiettivi
- Definizione percorso dell'Ictus cerebrale (Stroke) all'interno delle Stroke Unit; - Definizione percorso della esecuzione della trombolisi finalizzato a garantire il trattamento nel 90% dei pazienti eleggibili

Documentazione prodotta	Barrare la casella corrispondente
1. Documento (protocollo)	☒
2. Allegati	☒
3. Flow chart	☐

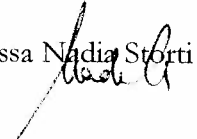
Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

Ruolo	Nome	Cognome	Firma
DMO	MASSIMO	PALAZZI	
MCAU AV4	FABRIZIO	GIOSTINI	
Neurol. AV2 Seg. 2	MARIA	DEL PESCE	
CO 118 MACERATA	ERMANNO	ZAMPONI	
NEUROL AV3	FRANCESCO	LOGULLI	
NEUROL AV4	MARIO	SIGNORINO	

Ruolo	Nome	Cognome	Firma
P.S. TESI	GILBERTO	BAUCCIAPENNI	
DIP TESI	MARGHERITA	FEDERLE	
DIP OSIMO	MARIA ROSA	PAUZZI	
P.S. URBINO	Filippo	Mezzolani	
DIP AMBARNATE	GIULIANA	FACCENDA	
NEUROLOGIA - TESI	PAOLO	GIARDINO	
Dipartimento di Servizio	GIORGIO	TURRI	
AS Civitanova	ALESSANDRO	BERNARDI	
118 PESARO	FRANCESCO	POSTACCHI M	
118 AP(AV4/AV5)	SANSONI	DIANA	
DIP AP AUS			

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr.ssa Nadia Storti



EPIDEMIOLOGIA

L'ictus rappresenta nei paesi industrializzati la prima causa di invalidità permanente e la terza di mortalità.

E' una patologia che colpisce soprattutto la popolazione anziana (>65): l'incidenza, stimata tra i 100 e 200 casi annui ogni 100.000 abitanti, aumenta progressivamente con l'età, con lieve prevalenza nel sesso maschile.

La tipologia più frequente di ictus cerebrale è quello ischemico (80% circa), mentre le emorragie cerebrali intraparenchimali ne costituiscono il 15% - 17% circa e quelle subaracnoidee il 3% circa.

Entro un anno dall'incidente cerebrovascolare si verifica il decesso di un terzo dei pazienti ed altrettanti vanno incontro ad una marcata limitazione delle attività quotidiane con invalidità severa (*Lenti et al. 2008; Feigin et al. 2003*).

L'OMS valuta in 15 milioni/anno il numero delle persone colpite da ictus di cui 6 milioni con esito infausto. Nei Paesi del G8 tali patologie seguono per mortalità le malattie cardiovascolari ed i tumori.

Per l'ictus ischemico, la mortalità ad un mese è del 20%, sale al 30% entro i primi 12 mesi.

Ad un anno dall'evento acuto, un terzo circa dei soggetti sopravvissuti ad un ictus, indipendentemente dal fatto che sia ischemico o emorragico, presenta un grado di disabilità elevato, tanto da poter essere definito totalmente dipendente. Infatti, solo il 25% dei pazienti sopravvissuti ad un ictus ischemico guarisce completamente. Tutti gli altri restano con un deficit neurologico significativo. Il 40% di coloro che sopravvivono all'insulto iniziale manifesta sequele che determinano livelli di disabilità da moderata a totale.

Nelle Marche si stimano in media 2.250 nuovi casi di ictus l'anno (fra 1.600 e 3.200) di cui 1.800 (± 600) circa sono i casi di ictus ischemico, pari a 4-5 casi al giorno .

Si stima che di questi 360 muoiano entro un mese, altri 180 entro il primo anno dall'evento, sia ischemico che emorragico.

Oltre 800 pazienti riporteranno disabilità da moderata a totale e solo 450 dei pazienti colpiti da ictus ischemico potranno guarire completamente.

Sommando i dimessi dei DRG 14 e 15, il numero totale pone il disturbo cerebrovascolare acuto al quarto posto per frequenza di dimissione dagli ospedali marchigiani.

Allo stato attuale, in Italia solo il 22% dei pazienti affetti da ictus raggiunge il Pronto Soccorso entro le 3 ore dall'esordio della malattia e solo il 21% di essi ha consapevolezza della gravità dell'insulto, ciò è tanto più grave se si pensa che la tempestività dell'intervento è essenziale per una terapia adeguata ed efficace.

I pazienti che giungono in ospedale entro 1 ora ("The golden hour") hanno maggiori probabilità di ricevere il giusto trattamento rispetto a quelli che giungono anche precocemente .

Il ritardo è legato alla scarsa consapevolezza da parte della popolazione generale, su "che cosa" sia un ictus, su come si manifesti e in quale misura esso si possa giovare di un arrivo in ospedale quanto più celere possibile.

I dati dello studio Cochrane confermano che il trattamento in Stroke Unit, rispetto a un reparto non specializzato, riduce la mortalità del 3%, riduce la dipendenza del 5% e l'istituzionalizzazione del 2%, ciò indipendentemente da sesso, età, sottotipo e gravità dell'ictus.

Nelle Marche nel 2014 vi sono state 3.519 dimissioni con DRG 14 distribuite in tutti gli istituti di ricovero con maggiore prevalenza negli ospedali di rete e nelle AAOO. In particolare:

ANNO 2014 DIMISSIONE DAGLI ISTITUTI DI CURA DELLE MARCHE PER DRG 14	
Struttura	Dimessi
Jesi	211
Osimo	82
Fabriano	120
Urbino	167
Civitanova	116
Macerata	265
Camerino	45
S. Severino	64
Senigallia	150
Ascoli Piceno	53
S. Benedetto	239
Fermo	263
Loreto	34
Cingoli	2
Pergola	40
Cagli	26
Amandola	3
Chiaravalle	5
Sassocorvaro	25
Fossombrone	16
Recanati	26
Tolentino	42
Treia	83
Matelica	16
Montegiorgio	4
San Salvatore	243
Fano	309
Salesi	3
Torrette	266
Inrca AN	280
Inrca FE	72
VillaAdria AN	2
S.Stefano	4
Villa Igea AN	1
Villa Serena J	7
DotMarc MC	6
Villa Pini CM	102
Villa Anna SBT	14

Stella Maris SBT	23
Villa Verde FE	87
Villa S.Marco AP	1
S.Giuseppe AP	2
Totale	3.519

Nonostante il documento della Conferenza Stato-Regioni, “Accordo ai sensi dell’Art.4 del Decreto Legislativo del 28/8/1997 n.281, tra il Ministro della Salute, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente *Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale*” del 3/2/2005 pubblicato sulla G.U. n. 50 del 2 Marzo 2005, la terapia trombolitica in Italia e nelle Marche non trova ANCORA adeguata attuazione.

FINALITA’

Il presente documento disciplina l’organizzazione che assicuri in maniera omogenea su tutto il territorio della Regione Marche, di competenza ASUR Marche, la presa in carico clinico-assistenziale delle persone colpite da ictus ischemico per l’esecuzione precoce della trombolisi (argomento per cui l’ictus ischemico è inteso come patologia tempo-dipendente)

Nella organizzazione dell’assistenza ai pazienti colpiti da Ictus Ischemico trattabili con trombolisi si prevedono 3 fasi:

- pre-ospedaliera;
- ospedaliera;
- post-ospedaliera.

La fase pre-ospedaliera è caratterizzata da:

- 1) precoce riconoscimento dei sintomi (educazione della popolazione – coinvolgimento dei MMG);
- 2) richiesta di soccorso da parte del paziente;
- 3) invio del mezzo più appropriato;
- 4) soccorso, stabilizzazione delle funzioni vitali della persona colpita e trasporto nel centro di riferimento in base alle condizioni cliniche;
- 5) attivazione della fase ospedaliera perché si possa intervenire tempestivamente.

La fase ospedaliera è caratterizzata da :

- 1) intervento diagnostico e selezione dei casi (ictus ischemici - ictus emorragici)
- 2) trombolisi nell’ictus ischemico nei pazienti eleggibili
- 3) terapia adeguata in tutti i casi
- 4) eventuale osservazione e consulto con centro regionale di riferimento
- 5) assistenza riabilitativa in fase acuta

La fase post-ospedaliera è principalmente orientata a garantire il trattamento riabilitativo e a monitorare l’andamento della disabilità.

Il documento condiviso prende in considerazione l'organizzazione in ASUR Marche perché sia possibile effettuare la trombolisi in tutti i pazienti eleggibili con ictus ischemico per la prevenzione delle disabilità, individua a tale scopo le strutture coinvolte e fornisce le indicazioni per la corretta gestione del percorso preospedaliero (fase 2 – 3 – 4 – 5) e del primo intervento ospedaliero (fase 1-2).

Strutture/professionisti coinvolti

- MMG, Medici di Continuità Assistenziale
- Centrale Operativa 118 e mezzi di soccorso
- Punti di primo intervento
- Pronto Soccorso
- Servizi (radiologia – laboratorio analisi)
- Neurologia stroke unit

Fase pre-ospedaliera: il paziente, il MMG o il Medico di Continuità Assistenziale chiama il 118
Centrale Operativa (CO) 118
L'infermiere della CO 118 che effettua il triage in presenza di sintomi o segni previsti dalla Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS) (<i>Allegato 1</i>) utilizza la scheda "Disturbi neurologici focali" (<i>Allegato 2</i>)
Se vi è sospetto di ictus e il paziente è in età compresa tra 18 e 80 anni, l'operatore di centrale verifica la possibilità di effettuare la trombolisi entro 4,5 ore dalla presunta insorgenza dei sintomi. Attribuisce codice rosso "ALFA", informando l'equipaggio che "il paziente è possibile candidato a trombolisi"..
La CO successivamente riceve conferma telefonica del sospetto ictus candidabile alla trombolisi da parte del personale intervenuto sul posto e allerta il Pronto Soccorso (PS) del centro di riferimento autorizzato alla trombolisi, comunicando l'arrivo di un codice rosso "ictus" alla sede di destinazione.
118 (Mezzo di soccorso avanzato -MSA o Mezzo di soccorso infermieristico - MSI)
I sanitari del 118 intervenuti sul posto somministrano nuovamente la Cincinnati Prehospital Stroke Scale (<i>Allegato 1</i>) e compilano la check list per la valutazione delle controindicazioni pre-ospedaliere alla trombolisi come da tabella presente sulla scheda <u>intervento</u> per disturbi neurologici focali (<i>vedi allegato 2 bis</i>). A seguito della valutazione, confermeranno o meno il codice rosso ictus attribuito dalla CO 118.
Comunicano alla CO 118 la conferma del sospetto ictus e dell'inserimento del paziente nel percorso regionale dei pazienti con ictus eleggibili al trattamento con trombolisi.
Effettuano le attività previste dalle linee guida regionali
Trasportano al PS del centro di riferimento secondo la mappatura allegata (<i>Allegato 3</i>)
PRONTO SOCCORSO DEL CENTRO DI RIFERIMENTO
Il PS si attiva alla telefonata della CO 118, prima che arrivi il paziente, predisponendo l'accettazione del paziente in arrivo e allertando (o chiamando se pronto disponibile) il tecnico sanitario di radiologia medica, il medico radiologo e il neurologo.
All'arrivo del paziente il PS lo prende in carico come "codice rosso" e provvede con la massima rapidità a confermare l'indicazione sulla base della persistenza dei criteri di diagnosi ed eleggibilità al trattamento
SE L'INDICAZIONE E' CONFERMATA:
- Prelievo ematico e richiesta esami ematochimici - ECG con refertazione immediata - Richiesta TAC encefalo con refertazione immediata - Richiesta consulenza del medico della stroke unit (SU)
RADIOLOGIA
Il radiologo effettua la TC encefalo senza mezzo di contrasto su richiesta dal medico di PS, con refertazione immediata ed esplicitazione del punteggio ASPECTS

PRONTO SOCCORSO
Se il radiologo esclude la presenza di emorragia cerebrale o altre patologie non ischemiche il medico del PS decide per il ricovero in SU Nell'eventualità che il paziente sia stato trasportato in Ospedale non sede di SU, viene organizzato il trasporto nell'ospedale con stroke unit di riferimento previo avviso telefonico (trasporto secondario urgente)
ARRIVO AUTONOMO DEL PAZIENTE AL PS
In Pronto Soccorso viene effettuato il Triage comprensivo della somministrazione della scala per lo stroke di Cincinnati (CPSS). Se sospetto ictus attribuzione del codice rosso "ictus". Il medico del PS, in assenza di criteri di esclusione pre-ospedalieri, attiva immediatamente il radiologo, il tecnico sanitario di radiologia medica e, se presente, anche il neurologo ed attiva il personale per l'eventuale trasferimento secondario urgente alla SU di riferimento. - Prelievo ematico e richiesta esami ematochimici - ECG con refertazione immediata - Richiesta TAC encefalo con refertazione immediata - Attivazione consulenza neurologica se possibile In caso di esclusione di eventi emorragici e di valutata eleggibilità, il PS ricovera in SU o procede al trasferimento secondario urgente alla SU di riferimento, specificando nella comunicazione che si tratta di un candidato alla trombolisi.
FASE OSPEDALIERA STROKE UNIT
Monitoraggio parametri vitali
Visita neurologica
Informazione sul trattamento. Consenso del paziente riguardo al trattamento qualora le condizioni del paziente lo permettano.
Trombolisi secondo protocollo

Il 118 trasporterà da tutto il territorio all'Ospedale sede di SU di riferimento nell'AV1, nell'AV3, nell'AV4 e nell'AV5

In particolare:

nell'AV1 Sede di SU FANO dell'AO Marche Nord	Trasporto a Fano tranne che per i pazienti soccorsi dalla POTES di Pesaro che vengono prima trasportati a Pesaro sede di neurochirurgia.
nell'AV2 Sede di SU JESI	I residenti a Fabriano e zone limitrofe e a Jesi e zone limitrofe saranno trasportati alla sede di SU di riferimento di Jesi.
Sede di SU AO Marche Nord	I residenti a Nord di Senigallia saranno trasportati direttamente a Fano
Sede di SU AO Ospedali Riuniti di Ancona o INRCA	I residenti a Osimo, a Senigallia e nelle zone immediatamente limitrofe e ad Ancona saranno trasportati alla SU dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona o INRCA secondo l'età
nell'AV3 Sede di SU MACERATA	Tutti i residenti nell'AV3
nell'AV4 Sede di SU FERMO	Tutti i residenti nell'AV4
Nell'AV5 Sede di SU S. BENEDETTO DEL TRONTO	Tutti i residenti nell'AV5

La revisione del protocollo verrà effettuata entro 12 mesi.

CINCINNATI PREHOSPITAL STROKE SCALE**Allegato 1****I tre punti della Cincinnati Prehospital Stroke Scale****(l'alterazione di ciascuno dei tre segni è fortemente suggestiva per un ictus)**

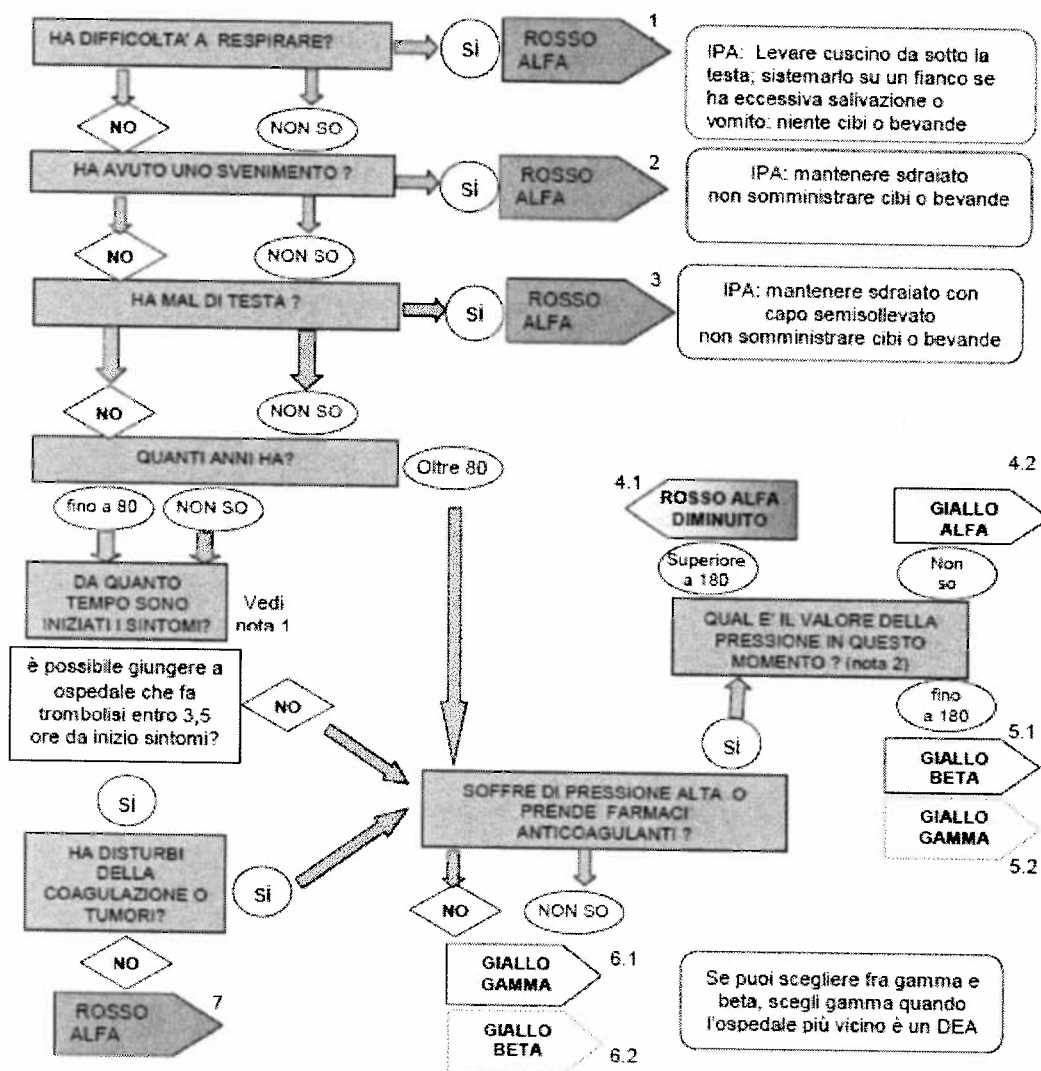
Paresi facciale	Chiedere al paziente di sorridere o di mostrare i denti e chiedere di notare:	• se entrambi i lati della faccia si muovono ugualmente (normale) • se un lato non si muove bene come l'altro (non normale)
Deficit motorio degli arti superiori	Chiedere al paziente di estendere gli arti superiori per 10 secondi mentre tiene gli occhi chiusi e chiedere di notare:	• se gli arti si muovono alla stessa maniera (normale) • se uno non si muove o uno cade, quando confrontato all'altro (non normale)
Anomalie del linguaggio	Chiedere al paziente di ripetere una frase (ad esempio "trecentotrentatreesimo reggimento della cavalleria") e chiedere di notare:	• se il paziente usa le parole correttamente con linguaggio fluente (normale) • se strascica le parole o usa parole inappropriate o è incapace di parlare (non normale)

9. DISTURBI NEUROLOGICI FOCALI

Ai sensi delle trombolisi rientrano in questo profilo i soggetti con recente insorgenza primitiva (= NON secondaria a traumi) di almeno uno dei criteri della Cincinnati Prehospital Stroke Scale.

- deviazione della rima buccale
- deficit di forza di un braccio rispetto all'altro
- disartria (difficoltà ad articolare il linguaggio) o afasia (impossibilità a parlare)

I disturbi del linguaggio però hanno molte cause (intossicazioni, ipossia, stati confusionali...) e non è possibile fare la distinzione al telefono. Al momento del dispatch prendiamo in considerazione i primi due criteri; i disturbi del linguaggio attivano questa procedura solo se qualcuno sul posto con competenze sanitarie avanza l'ipotesi di ictus



NOTA 1: l'inizio dei sintomi corrisponde a "l'ultima volta che l'assistito era sicuramente senza sintomi". Se i sintomi sono stati rilevati al risveglio, l'inizio dei sintomi è il momento in cui il paziente è andato a letto

NOTA 2: vedi SPREAD 2007 raccomandazione 10.26

SCHEDA INTERVENTO DISTURBI NEUROLOGICI FOCALI

Allegato 2 bis



ASUR MARCHE SCHEDA INTERVENTO PER DISTURBI NEUROLOGICI FOCALI



Numero scheda _____

Data _____

Ora arrivo _____

Sigla ambulanza _____

Equipaggio ☐ alfa ☐ beta ☐ gamma

Località _____ Comune _____

Via _____ Num. civico (o riferimento) _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso ☐ M ☐ F

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ Residenza (o nazione estera) _____

Codice fiscale/TEAM _____ Codice invio _____ Percorso dispatch _____

Precedenti patologici ☐ neurologici ☐ neoplastici ☐ ematologici ☐ cardiaci ☐ respiratori ☐ ipertensione ☐ diabete
☐ altro _____

Cincinnati Prehospital Stroke Scale

MIMICA FACCIALE ☐ Normale: i due lati del volto si muovono bene allo stesso modo
invita il paziente a mostrare i denti o sorridere ☐ Anormale: un lato del volto non si muove bene come l'altro

SPOSTAMENTO BRACCIA ☐ Normale: le braccia si muovono allo stesso modo (o non si muovono entrambe)
il paziente chiude gli occhi e distende le braccia ☐ Anormale: un braccio non si muove o cade giù rispetto all'altro

LINGUAGGIO ☐ Normale: il paziente usa le parole correttamente, senza intoppi
fare ripetere al paziente una frase breve ma non semplice ☐ Anormale: inceppa sulle parole, usa parole inappropriate o non riesce a parlare

Eleggibilità trombolisi (per personale sanitario)	SI	NO
Tempo stimato di arrivo all'ospedale che pratica trombolisi SUPERIORE a 3,5 ore dall'inizio dei sintomi?		
Età inferiore a 18 anni o superiore a 80 anni?		
Rapido miglioramento dei sintomi neurologici?		
Crisi convulsiva all'insorgenza dell'attuale ictus?		
Precedente ictus negli ultimi 3 mesi oppure precedente ictus in soggetto diabetico?		
Storia di patologie del SNC: (neoplasia, aneurisma, intervento chirurgico cerebrale o midollare, precedenti emorragie cerebrali)?		
Gravi malattie concomitanti: pancreatite acuta, endocardite batterica, pericardite, grave epatopatia, neoplasia con rischio di sanguinamento?		
Anamnesi di sanguinamento grave recente o in atto?		
Patologie a rischio emorragico: varici esofagee, ulcera gastroenterica documentata negli ultimi 3 mesi?		
Intervento chirurgico importante o trauma grave negli ultimi 3 mesi?		
Glicemia inferiore a 50 oppure superiore a 400?		
Iperensione arteriosa grave non controllata (PAS > 185 mmHg o PAD > 110 mmHg dopo eventuale trattamento)?		
Retinopatia emorragica?		
Recenti (<10gg) massaggio cardiaco esterno, parto, puntura di un vaso non comprimibile?		

Insorgenza data ____/____/____ ora ____/____

☐ cefalea ☐ perdita di coscienza ☐ vomito ☐ trauma cranico
☐ anticoagulanti ☐ altra terapia _____

Obiettività

Parametri vitali	ore _____	ore _____	ore _____
Glasgow coma scale			
Freq. respiratoria			
Saturazione ossigeno			
Frequenza cardiaca	[R] [A]	[R] [A]	[R] [A]
P.A. braccio destro			
P.A. braccio sinistro			

	Normale	[lato]	[lato]
Vie aeree	pervie	ostruite	occluse
Espansione toracica	normale	ridotta	Dx Sx assente
Respiro	normale	rantoli	sibili ortopnea
Polso radiale	normale	debole	Dx Sx assente
Cute	normale	pallore	cianosi diaforesi
Stato coscienza	normale	disorientato	agitato rallentato
Deficit stenici	No	arto superiore	Dx Sx arto infer.
Disturbi sensibilità	no	arto superiore	Dx Sx arto infer.
Pupille	normali	miosi	Dx Sx midriasi
Rigidità nucale	no		si
Crisi epilettiche	no	focali	generalizzate
Segni trauma capo	no		Dx Sx si

Dettaglio obiettività: _____

Accertamenti

glicemia _____ mg/dl

☐ monitor: fibrillazione atriale ☐ NO ☐ SI

☐ ECG

☐ temperatura _____ °C

☐ altro _____

Provvedimenti

VIE AEREE

☐ apertura manuale

☐ cannula orofaringea

☐ cannula rinofaringea

☐ aspirazione

☐ rimozione corpo estraneo

☐ altri provvedimenti _____

VENTILAZIONE

☐ ossigeno l/min _____

☐ maschera con reservoir

☐ "occhiali", "Venturi"

☐ Ambu, "va e vieni"

CIRCOLO

☐ agocannula n _____

☐ prelievo ematico

ALTRE NECESSITA'

☐ protezione termica

SPOSTAMENTO

☐ (deambulante)

☐ sedia cardiopatici

☐ telo con maniglie

☐ barella cucchiaino

☐ barella autocaricante

Complicanze

☐ nessuna

☐ dolore _____

☐ linea venosa persa

☐ stravaso infusioni

☐ vomito

☐ agitazione

☐ reazione allergica

☐ shock - ipotensione

☐ convulsioni

☐ decesso

☐ altro _____

Sintesi diagnostica/note

Farmaci/infusioni	dose	via	ora

Km inizio _____ Km fine _____

Valutazione sanitaria

0 1 2 3 3 av. 4

Codice finale [B] [V] [G] [R] [R av.] [N] Sirene [A] [R]

Patologia riscontrata _____

Esito intervento

☐ Rifiuta intervento ☐ Rifiuta trasporto

☐ Non trasportato

☐ Trasportato a _____

Equipaggio _____

Firma _____

AV1	Trasporto a Fano tranne che per i pazienti soccorsi dalla POTES di Pesaro che vengono prima trasportati a Pesaro sede di neurochirurgia.
AV2	I residenti a Fabriano e zone limitrofe e a Jesi e zone limitrofe sono trasportati alla sede di SU di riferimento di Jesi. I residenti a Nord di Senigallia sono trasportati direttamente a Fano I residenti a Osimo, a Senigallia e nelle zone immediatamente limitrofe e ad Ancona sono trasportati alla SU dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona o INRCA secondo l'età
AV3	Tutti i residenti nell'AV3 sono trasportati nella sede di riferimento di Macerata
AV4	Tutti i residenti nell'AV4 sono trasportati nella sede di riferimento di Fermo
AV5	Tutti i residenti nell'AV5 sono trasportati nella sede di riferimento di San Benedetto del Tronto

TROMBOLISI: CRITERI DI ESCLUSIONE

Il criterio di esclusione età > di 80 anni è in via di revisione. La letteratura indica la possibilità di superamento di questo limite che, allo stato attuale, è legata alla valutazione del neurologo che propone al paziente eventuale trattamento off label.

Criteri di esclusione assoluti:

- deficit neurologico minore o in rapido miglioramento valutato prima di iniziare la procedura;
- coma, solo se associato a segni di ernia transtentoriale da grave infarto emisferico;
- emorragia alla TC cranio, alterazioni ischemiche precoci alla TC (ASPECTS ≤ 7), qualsiasi altra lesione alla TC che controindichi il trattamento (tumori, ascessi ,eccetera);
- PA >185/110 mmHg resistente a terapia antipertensiva aggressiva (l'infusione e.v. continua di labetalolo è permessa);
- malformazione vascolare o neoplasia nota del SNC;
- endocardite batterica, pancreatite acuta, cirrosi epatica;
- diatesi emorragica nota;
- grave sanguinamento in atto;
- piastrinopenia <50.000;
- aspettativa di vita <1 anno per altre cause.
- gravità dell'ICTUS (punteggio NIHSS > 25)

Criteri di esclusione relativi (situazione di attenzione da valutare nel singolo caso con il neuroradiologo interventista):

- PTT al di sopra dei limiti normali, INR tra 1,7 e 3,0 e piastrine tra 50.000 e 100.000
- glicemia <50 o >400 mg/dl se non corretta;
- trauma cranico commotivo grave entro 3 mesi o grave trauma toracico (inclusa CPR negli ultimi 10 giorni);
- ictus cerebrale ischemico grave (mRS>2) negli ultimi 3 mesi;
- emorragia intracranica pregressa;
- emorragia gastrointestinale, urologica o respiratoria negli ultimi 21 giorni;
- chirurgia maggiore negli ultimi 14 giorni;
- gravidanza (fino a 10 giorni dopo il parto) o allattamento;
- leucoaraiosi estesa alla TC cranio

Cognome	Nome
Diagnosi	
data di nascita	
data di ingresso	

NIH Stroke Scale - Versione italiana

Scala per l'ictus del National Institute of Health

Funzione da esaminare - Istruzioni	Punteggi	orario visita				
		8	12	16	20	24
1a. Livello di coscienza: vigilanza L'esaminatore deve scegliere una risposta anche se la valutazione è resa difficoltosa dalla presenza di tubi endotracheali, difficoltà linguistiche, traumi o medicazioni otorrinali. Il punteggio '3' viene attribuito solo se il paziente non fa alcun movimento (eccettuati i riflessi posturali) in risposta a stimolazioni nocicettive.	0. Vigile 1. Soporoso, non obbedisce, risponde o esegue in seguito a stimoli di modesta entità. 2. Stuporoso, presta attenzione solo in seguito a stimolazioni ripetute, oppure compie movimenti (non stereotipati) in seguito a stimoli intensi o dolorosi. 3. Gli stimoli suscitano solo risposte motorie riflesse o manifestazioni vegetative, oppure non c'è alcuna risposta.	0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐				
1b. Livello di coscienza: orientamento Va chiesto al paziente prima in che mese siamo e poi la sua età. Le risposte devono essere precise: risposte parziali non vanno considerate valide. Se il paziente è afasico o stuporoso (1a=2) il punteggio è '3'. Se il paziente non può parlare perché peraltro intubato o per trauma otorrinali, disuria grave, difficoltà linguistiche o altro problema non secondario ad afasia, il punteggio è '1'.	0. Risponde correttamente ad entrambe le domande. 1. Risponde correttamente ad una delle due domande. 2. Non risponde correttamente a nessuna delle due domande.	0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐				
1c. Livello di coscienza: comprensione ed esecuzione di ordini semplici Va chiesto al paziente di aprire e chiudere gli occhi e poi di aprire e chiudere la mano non paritica. Se le mani non possono essere usate, l'ordine va sostituito con un altro comando semplice. L'ordine si considera correttamente eseguito anche se il paziente non riesce a portarlo a termine per ipostenia. Se il paziente non risponde al comando verbale, l'esaminatore può muovere il gesto e dare comunque un punteggio. Se il paziente ha esiti di trauma, amputazioni o altri impedimenti fisici vanno utilizzati ordini semplici adeguati. Viene valutato solo primo tentativo.	0. Esegue correttamente entrambi gli ordini. 1. Esegue correttamente uno dei due ordini. 2. Non esegue correttamente nessuno dei due ordini.	0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐				
2. Sguardo Si valutano solo i movimenti oculari orizzontali, volontari o riflessi (oculocefalici), ma senza ricorso ai test calorici. Se il paziente ha una deviazione coniugata dello sguardo che può essere superata dall'attività volontaria o riflessa, il punteggio è '1'. In caso di paralisi periferica isolata (III, IV o VI nerve cranico) il punteggio è '1'. Lo sguardo è valutabile anche negli afasici. In caso di trauma oculare, benda, cecità o altri disturbi visivi preesistenti, verrà valutata la mobilità riflessa e il punteggio verrà attribuito a discrezione dell'esaminatore. Stabilire un contatto visivo col paziente e poi muoversi attorno a lui può a volte servire a rivelare la presenza di una paralisi parziale dello sguardo.	0. Normale. 1. Paralisi parziale dello sguardo orizzontale. Lo sguardo è normale in uno od entrambi gli occhi, ma non c'è paralisi totale o deviazione forzata. 2. Deviazione forzata dello sguardo, o paralisi totale. La manovra oculocefalica non riesce a spostare gli occhi oltre la linea mediana.	0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐				
3. Campo visivo Il campo visivo (quadranti superiori ed inferiori) viene valutato per confronto o con la tecnica della minaccia visiva, a seconda della situazione. Il movimento laterale dello sguardo verso le dita in movimento è considerato indice di normalità del campo visivo da quel lato. In presenza di cecità mono-oculare, si valuta il campo visivo dell'occhio sano. Il punteggio '1' va attribuito solo in caso di chiara asimmetria. In presenza di cecità bilaterale, qualsiasi ne sia l'origine, il punteggio è '3'. Il test va concluso con la stimolazione simultanea bilaterale. Se c'è estimazione il punteggio è '1' e il risultato viene utilizzato per rispondere alla domanda II (inattenzione).	0. Normale. Assenza di deficit campimetrici. 1. Emianopsia parziale (quadrantopatia). 2. Emianopsia completa. 3. Emianopsia bilaterale (include la cecità bilaterale di qualunque causa).	0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐				
4. Paralisi facciale Va chiesto al paziente di mostrare i denti, alzare le sopracciglia e chiudere gli occhi. Le richieste possono essere mimate. In caso di afasia o scarsa collaborazione, va valutata la simmetria dei movimenti del volto in risposta agli stimoli dolorosi. Se il paziente ha esiti di trauma, benda, tube otorrinali, cerotti o altre ostruzioni fisici all'esame completo della faccia, questi dovrebbero essere rimossi per quanto possibile.	0. Assente. Movimenti facciali simmetrici. 1. Paresi lieve. Spinzamento del solco naso-labiale. Asimmetria del sorriso. 2. Paresi parziale. Ipotonia totale o subtotale della metà inferiore della faccia. 3. Paralisi completa mono- o bilaterale. Assenza di movimenti della metà superiore ed inferiore della faccia.	0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐				

NIHSS versione italiana

a cura del Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

		8	12	16	20	24
5a. Motilità dell'arto superiore sinistro L'arto superiore va posizionato dall'esaminatore con le palme verso il basso, a 90° se il paziente è seduto o a 45° se è supino. Il paziente deve mantenere la posizione per 10 secondi. Se è affaticato viene incoraggiato usando un tono imperioso e la minaccia, ma non con stimoli dolorosi. Gli arti si esaminano uno alla volta, iniziando dal lato non parietico. In caso di amputazione o di anchilosi si assegna il punteggio 'NV' (non valutabile). Occorre comunque fornire spiegazione scritta del perché di tale punteggio.	0. Nessuno slivellamento per 10" 1. Slivellamento (senza caduta) prima che siano trascorsi 10" 2. Caduta prima di 10" 3. Presenza di movimento a gravità eliminata 4. Nessun movimento NV. Amputazione o anchilosi (spiegare)	0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 4 ☐ 4 ☐ 4 ☐ 4 ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐				
5b. Motilità dell'arto superiore destro idem come sopra	idem come sopra	0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 4 ☐ 4 ☐ 4 ☐ 4 ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐				
6a. Motilità dell'arto inferiore sinistro L'arto inferiore va esaminato sollevandolo con un angolo di 30° a paziente supino. Il paziente deve mantenere la posizione per 5 secondi. Il paziente affaticato viene incoraggiato usando un tono imperioso e la minaccia, ma non con stimoli dolorosi. Gli arti si esaminano uno alla volta, iniziando dal lato non parietico. In caso di amputazione o di anchilosi si assegna il punteggio 'NV' (non valutabile). Occorre comunque fornire spiegazione scritta del perché di tale punteggio.	0. Nessuno slivellamento per 5" 1. Slivellamento (senza caduta) prima che siano trascorsi 5" 2. Caduta prima di 5" 3. Presenza di movimento a gravità eliminata 4. Nessun movimento NV. Amputazione o anchilosi (spiegare)	0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 4 ☐ 4 ☐ 4 ☐ 4 ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐				
6b. Motilità dell'arto inferiore destro idem come sopra	idem come sopra	0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 4 ☐ 4 ☐ 4 ☐ 4 ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐				
7. Atassia degli arti Questa prova è finalizzata al rilevamento di un disturbo di circolo posteriore. Deve essere eseguita con il paziente ad occhi aperti, in caso di deficit del campo visivo assicurarsi che la prova avvenga nella parte non compromessa. La prova indice-mano e calcagno-ginocchio viene eseguita su entrambi i lati, e la asimmetria è considerata presente solo in assenza di deficit di forza. L'atassia è considerata assente in caso di plagia o paresi grave, o se il paziente non collabora. Il punteggio 'NV' sarà assegnato solo in caso di amputazione o anchilosi dell'arto, fornendo spiegazione scritta.	0. Assente 1. Presente o all'arto superiore o all'inferiore 2. Presente sia all'arto superiore che all'arto inferiore. NV. Amputazione o anchilosi (spiegare)	0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐				
8. Sensibilità Si valuta valutando la risposta del paziente alla puntura di spillo su tutte le sezioni corporee (braccia [non mani], gambe, tronco, viso). Il punteggio '2' dovrebbe essere assegnato solo quando può essere chiaramente dimostrata una perdita sensoriale grave o totale.	0. Normale 1. Ipoestesia lieve o moderata. Il paziente riferisce che la puntura di spillo è meno acuta sul lato affetto, oppure non avverte sensazioni dolorose ma è consapevole di essere toccato. 2. Ipoestesia grave. Il paziente non sente di essere toccato sul lato affetto	0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐				
9. Linguaggio Molte informazioni sulla comprensione si deducono dalle precedenti sezioni della scala. Al paziente viene chiesto di descrivere ciò che sta accadendo nella vignetta allegata, di denominare gli oggetti illustrati nella pagina allegata e di leggere l'elenco di frasi allegato. La comprensione verbale è valutata anche in base alle risposte ottenute nelle precedenti prove, incluso l'esame neurologico generale. Se un deficit visivo interferisce con i test, va chiesto al paziente di identificare gli oggetti che gli vengono posti nella mano, di ripetere e di pronunciare le parole. Al paziente imbutito dovrebbe essere chiesto di scrivere una frase. Al paziente in coma (domanda 1a = 3) viene arbitrariamente assegnato il punteggio '3'. In caso di stupor o limitata collaborazione, l'esaminatore sceglierà il punteggio ricordando che '3' va assegnato solo se il soggetto si muove e non esegue alcun ordine.	0. Normale 1. Afasia da lieve a moderata. Nell'eloquio spontaneo, fluente o comprensione sono un po' ridotte, ma le idee vengono espresse senza significative limitazioni. La conversazione sul materiale allegato può essere difficile o impossibile, ma le risposte del paziente consentono di identificare la figura o gli oggetti denominati. 2. Afasia grave. L'espressione è frammentaria e l'ascoltatore è costretto a fare domande e a tentare di estrapolare i contenuti dalle risposte. La quantità di informazioni scambiate è modesta e la comunicazione è possibile solo grazie allo sforzo dell'ascoltatore. Le risposte del paziente non consentono di identificare la figura o gli oggetti denominati. 3. Muto, afasia totale. Fluente e comprensione totalmente inefficaci	0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐				
10. Disartria Anche se si ritiene che il paziente non sia disartico, l'eloquio va comunque valutato chiedendo di leggere e ripetere le parole dall'elenco allegato. In caso di afasia grave può essere valutata la chiarezza dell'articolazione del linguaggio spontaneo. Il punteggio 'NV' va assegnato solo ad un paziente imbutito o con altri impedimenti fisici a pronunciare le parole. Occorre comunque fornire spiegazione scritta del perché di tale punteggio	0. Assente 1. Disartria da lieve a moderata. Il paziente pronuncia male almeno alcune parole ma l'eloquio è comprensibile 2. Disartria grave. L'articolazione della parola è talmente alterata da rendere l'eloquio incomprensibile, in assenza di afasia o in modo non spiegabile dall'entità dell'afasia. Il paziente può essere muto o anartico. NV. Lesione o altro impedimento fisico all'articolazione della parola (spiegare)	0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐ NV ☐				
11. Inattenzione L'inattenzione può essere identificata mediante i test precedenti. In caso di deficit visivo grave che non consente la stimolazione simultanea visiva doppia, se gli stimoli cutanei sono normali, il punteggio è 'normale'. Se il paziente è affaticato, ma mostra normale attenzione verso entrambi i lati, il punteggio è 'normale'. Il neglect visuo-spaziale e l'anostegnosia vanno considerate come prova di inattenzione.	0. Assente 1. Inattenzione visiva, tattile, uditiva, spaziale o corporea, oppure attenzione alla stimolazione bilaterale simultanea in una delle modalità sensoriali. 2. Grave emi-inattenzione o estinzione a più di una modalità. Non riconosce la propria mano o si rivolge solo ad un lato dello spazio.	0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐				

STROKE UNIT – attività -

		Personale	
1	Monitoraggio parametri vitali		Inferm
2	Visita neurologo	Medico	
3	Inizio sintomi < 4.5 h	Medico	
4	Assenza di “deficit in rapido miglioramento”	Medico	
5	Leggere i criteri di esclusione ***	Medico	
6	Scala NIHSS > 25 ****	Medico	
7	Informazione ed eventuale raccolta consenso *****	Medico	
8	Inizio r-tPA mg/Kg (max 90 mg), il 10% in bolo in 1', il resto in infusione in 60'	Medico	Inferm
9	Monitoraggio stato neurologico, parametri vitali a 15'	Medico	Inferm
10	Monitoraggio stato neurologico, parametri vitali a 30'	Medico	Inferm
11	Monitoraggio stato neurologico, parametri vitali a 45'	Medico	Inferm
12	Monitoraggio stato neurologico, parametri vitali a 60'	Medico	Inferm
13	Monitoraggio stato neurologico, parametri vitali ogni 30' per 6 h	Medico	Inferm
14	Monitoraggio stato neurologico, parametri vitali ogni ora per 16h	Medico	Inferm

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

**a trattamento terapeutico con ALTEPLASE e.v in caso di
Ischemia Cerebrale Acuta**

Io sottoscritto

dichiaro liberamente di aver ricevuto dal Dr.

della Stroke Unit dove sono assistito, informazioni dettagliate in merito alla natura e alle caratteristiche cliniche della malattia della quale attualmente sono affetto.

Vengo informato sulla gravità della patologia in quanto a distanza di tre mesi da un ictus circa la metà dei pazienti ha un certo grado di disabilità e alcuni muoiono. I farmaci trombolitici, già utilizzati nella pratica clinica da anni per l'infarto cardiaco, agendo nella dissoluzione del coagulo e permettendo quindi il restaurarsi del flusso di sangue a livello cerebrale, potrebbero aumentare le probabilità di guarigione e di prognosi favorevole se somministrati entro poche ore dalla comparsa dell'ictus.

Sfortunatamente l'**ALTEPLASE** può provocare emorragie successivamente al trattamento. In circa il 5-6% dei pazienti trattati si può verificare un'emorragia cerebrale che determina un peggioramento delle condizioni neurologiche o addirittura la morte. Inoltre, a volte, l'**ALTEPLASE** endovena non ha alcun effetto.

Dichiaro, pertanto, di consentire espressamente che venga eseguito sulla mia persona trattamento, come da protocollo, con **ALTEPLASE** per via endovenosa, consapevole dei rischi e dei benefici che esso può comportare, degli effetti collaterali che ne possono derivare in ordine alla funzionalità degli organi interessati e, quindi, alla qualità della vita, delle possibili sequele, nonché alle alternative possibili al trattamento da intraprendere.

Firma del paziente

Firma del medico che ha informato

....., li

Preso atto che, a causa delle condizioni cliniche del paziente dovute allo stato attuale di malattia, non risulta possibile ottenere un consenso diretto nell'ambito della finestra terapeutica, e trovandosi nella situazione di:

- a. elevato rischio di grave danno permanente;
 - b. che il trattamento considerato costituisce la migliore scelta terapeutica per il paziente in quel momento;
 - c. che il paziente non ha pubblicamente espresso il rifiuto di sottoporsi a trattamenti ad alto rischio in generale o al trattamento in esame in particolare, o questo rifiuto non è comunque accessibile al medico
- si decide, per decisione autonoma e dopo aver adeguatamente informato i familiari, di praticare trattamento con ALTEPLASE come da protocollo terapeutico approvato.

Firma del medico che ha informato

....., li

La normativa nazionale di riferimento:

- ✓ DPR 27 marzo 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza”;
- ✓ DM 15 maggio 1992 “Criteri e requisiti per la codificazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”;
- ✓ Decreto L.gs 30 dicembre 1992 n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria e successive modificazioni ed integrazioni”;
- ✓ Atto di intesa Stato Regioni dell’11 aprile 1996 “Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992”;
- ✓ DPR 14 gennaio 1997 “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
- ✓ Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, Provvedimento 7 maggio 1998, “Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione”;
- ✓ DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;
- ✓ DPR 23 maggio 2003 “Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005”;
- ✓ Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome 4 aprile 2002, “Linee guida per l’organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesi”;
- ✓ Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome 3 febbraio 2005, “Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale”;
- ✓ Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome 3 febbraio 2005, “Linee di indirizzo per l’organizzazione dei servizi di soccorso sanitario in elicottero”;
- ✓ DPR 07 aprile 2006 “Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008”;
- ✓ Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, CSR nr 243 del 03 dicembre 2012 “Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012”;
- ✓ Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, CSR nr 259 del 20 dicembre 2012 “Disciplina per la revisione della normativa dell’accreditamento”, in attuazione dell’articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012;
- ✓ Decreto Ministeriale 70/2015 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera;
- ✓ Quaderni del Ministero della Salute, n. 2, marzo-aprile 2010. “Organizzazione dell’assistenza all’Ictus: le Stroke Unit”;
- ✓ Quaderni del Ministero della Salute, n.14, marzo-aprile 2012. “Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura della patologia cerebrovascolare”;
- ✓ SPREAD 2012: Ictus cerebrale. Linee guida italiane di prevenzione e trattamento;

- ✓ Linee guida NICE “Acute stroke 2014”;
- ✓ AHRQ 2012 “Guide to the care of the hospitalized patient with ischemic stroke. 2nd edition”;
- ✓ “Stroke Unit Care Benefit Patients with Intracerebral Hemorrhage, Systematic Review and Meta-analysis”. Stroke 2013;44:3044-3049.

La normativa regionale di riferimento:

- ✓ Decreto del Dirigente del Servizio Assistenza ospedaliera della Regione Marche n. 2/AOS del 11/1/2004 “DM 24/07/2003 – *modificazione dell’autorizzazione all’immissione in commercio della specialità medicinale ACTILYSE (p.a. Alteplase) – individuazione dei centri autorizzati per il trattamento dell’ICTUS ischemico nello studio SIST. MOST*”;
- ✓ Decreto del Dirigente del Servizio Assistenza ospedaliera della Regione Marche n. 80/AOS del 11/1/2004 “DM 24/07/2003 – *modificazione dell’autorizzazione all’immissione in commercio della specialità medicinale ACTILYSE (p.a. Alteplase) – individuazione dei centri autorizzati per il trattamento dell’ICTUS ischemico nello studio SIST. MOST*”;
- ✓ Piano Sanitario regionale 2012-2014 “Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo”;
- ✓ DGR 1435/2013;
- ✓ DGR 1219/2014.
- ✓ Nota Direttore ARS prot.n. 11416/ARS/ARS/P del 23.11.2015: autorizzazione all'utilizzo dell'Alteplase da parte l'UOC Neurologia di Macerata

In particolare il **DM 24/7/2003** prevede:

- **fase preospedaliera:**

il paziente deve essere trasportato in un ospedale inserito nella **“rete stroke”** ed organizzato in modo da offrire gli elementi assistenziali essenziali della **“stroke care”**, ovvero sia in un centro dove possono essere garantiti i requisiti essenziali di accesso a indagini e cure appropriate per l'ictus acuto, con eventuale successivo trasferimento a strutture più attrezzate per ulteriori provvedimenti che richiedono diverse dotazioni o competenze;

- **fase ospedaliera:**

essere in grado di offrire una assistenza di tipo **“stroke care”**, significa che in ogni ospedale della **“rete stroke”** vanno previste aree di degenza dedicate e geograficamente definite, per offrire assistenza ai pazienti con ictus nella fase acuta. In questa area deve essere presente uno staff esperto nella gestione diagnostico-terapeutica del paziente con ictus. Con il termine **“esperto”**, si intende personale con esperienza clinica specifica che ha effettuato un percorso formativo dedicato.

Tutte queste unità assistenziali devono possedere una serie di **requisiti essenziali**, per garantire la convergenza in modo organizzato di competenze multidisciplinari e la presa in carico riabilitativa entro 48 ore dall'ingresso del paziente in ospedale. Alcune unità facenti parte di strutture ospedaliere complesse, saranno in grado di erogare forme di assistenza particolarmente articolate (**requisiti aggiuntivi**).

Requisiti essenziali e aggiuntivi delle strutture di degenza per l'assistenza dei pazienti con ictus in fase acuta.

La rete ospedaliera per l'assistenza al paziente con ictus acuto, deve prevedere – nell'area geografica individuata dalla programmazione regionale – le sedi in cui sia possibile assicurare livelli di assistenza secondo standard predefiniti (requisiti essenziali) (Tabella 7), alcune delle quali in grado di assicurare, grazie alla disponibilità di maggiori competenze e dotazioni, ulteriori specifiche prestazioni a favore di pazienti selezionati: trombolisi sistemica e loco-regionale, endoarteriectomia, interventi neurochirurgici.

Del **DM 70/15** *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera* MINISTERO DELLA SALUTE si riportano i seguenti stralci di interesse:

8.2.3.1 Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d. Stroke Unit (SU) di I livello o area stroke

Sono necessarie per rispondere diffusamente, a livello territoriale, al fabbisogno di ricovero e cura della maggior parte dei pazienti con ictus cerebrale. Si caratterizzano per la presenza, in area di degenza specializzata per pazienti con ictus, dei seguenti standard:

- competenze multidisciplinari incluse o presenti nella struttura;
- un neurologo dedicato e personale infermieristico dedicato;
- almeno un posto letto con monitoraggio continuo;
- riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale);
- **Terapia fibrinolitica endovenosa;**
- Pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico);
- Disponibilità h.24 di Tomografia computerizzata (TC) cerebrale e/o angio-TC con apparecchio volumetrico multistrato ad almeno 16 strati e/o Risonanza magnetica (RM) encefalo, Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), angio-RM;
- Diagnostica neurosonologica epiaortica e intracranica, ecodoppler dei tronchi sovra-aortici (TSA) ed ecocardiografia;
- Collegamento operativo con le Stroke Unit di II livello per invio immagini e consultazione 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.

8.2.3.2 Unità ospedaliera per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d Stroke Unit di II livello

La Stroke Unit di II livello deve trattare almeno 500 casi/anno di ictus e, oltre a quanto previsto per le Stroke Unit di I livello, deve garantire i seguenti standard:

- Personale dedicato h.24
 - Neuroradiologia h.24 con TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale.
- Apparecchio da 1,5 Tesla per Risonanza magnetica (RM), Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), Risonanza magnetica con immagini pesate in perfusione (RM-PWI) e angio-RM con pacchetto a rapida effettuazione
- Interventistica endovascolare con camera con agiografo digitale con arco a C e con Flat Panel h.24;
 - Neurochirurgia h.24;
 - Chirurgia vascolare h.24;
 - Angiografia cerebrale;
 - Fibrinolisi intra-arteriosa (urgenza), trombectomia meccanica (urgenza), stent extra- e intracranico;
 - Embolizzazione di malformazioni artero-venose, aneurismi, endoarteriectomia (urgenza);
 - Craniotomia decompressiva;

- Clipping degli aneurismi.

Relativamente alla TROMBOLISI

Trombolisi endovenosa (Raccomandazione 10.2, grado A, e 10.3 da SPREAD 16.02.2007 - European Cooperative Acute Stroke Study, studio ECASS III)

Il trattamento con attivatore tissutale ricombinante del plasminogeno (rtPA) endovena (0,9 mg/kg, dose massima 90 mg, il 10% della dose in bolo, il rimanente in infusione di 60 minuti) è indicato entro 3 ore dall'esordio di un ictus ischemico nei casi eleggibili secondo quanto riportato nel riassunto delle caratteristiche del prodotto.

L'efficacia del trattamento con rtPA endovena diminuisce, ma è ancora presente, quando la somministrazione è effettuata dopo le 3 ore e fino a 4 ore e mezza dall'esordio dei sintomi, mentre il trattamento fra le 4 ore e mezza e le 6 ore presenta ancora un'efficacia. Per il momento la trombolisi sistemica con estensione della finestra temporale sopra le 4 ore e 30 può essere praticata nella modalità di uso *off label*.

La trombolisi va effettuata in centri esperti, dotati di caratteristiche organizzative che consentano di minimizzare l'intervallo di tempo fra arrivo del paziente e inizio del trattamento e che assicurino una monitoraggio accurato dello stato neurologico e della pressione arteriosa per le 24 ore successive al trattamento.

Struttura organizzativa necessaria

- DEA con medici esperti e supporto strumentale atti a verificare l'assenza di criteri clinici di esclusione;
- neurologo esperto in diagnosi e trattamento generale dell'ictus acuto in turno 24 ore su 24 prontamente reperibile e in grado di raggiungere l'ospedale in 15 minuti;
- neuroradiologo esperto nella lettura dei segni precoci TC di infarto, in turno 24 ore su 24 o prontamente reperibile e in grado di raggiungere l'ospedale in 15 minuti;
- TC di terza o quarta generazione disponibile 24 ore su 24, con codice di accesso prioritario per il paziente con sospetto ictus, per esame TC di base ed eventuale angioTC;
- team infermieristico in grado di effettuare un assiduo monitoraggio delle condizioni neurologiche e dei parametri vitali;
- Laboratorio di analisi disponibile 24 ore su 24;
- rapida accessibilità al reparto di neurochirurgia per eventuale svuotamento chirurgico di ematoma iatrogeno;
- *stroke unit* o reparto di terapia intensiva neurologica.

Criteri di esclusione assoluti:

- deficit neurologico minore o in rapido miglioramento valutato prima di iniziare la procedura;
- coma, solo se associato a segni di ernia transtentoriale da grave infarto emisferico;
- emorragia alla TC cranio, alterazioni ischemiche precoci alla TC (ASPECTS ≤ 7), qualsiasi altra lesione alla TC che controindichi il trattamento (tumori, ascessi ,eccetera);
- PA $>185/110$ mmHg resistente a terapia antipertensiva aggressiva (l'infusione e.v. continua di labetalolo è permessa);
- malformazione vascolare o neoplasia nota del SNC;
- endocardite batterica, pancreatite acuta, cirrosi epatica;
- diatesi emorragica nota;
- grave sanguinamento in atto;
- piastrinopenia <50.000 ;
- aspettativa di vita <1 anno per altre cause.

Criteri di esclusione relativi (situazione di attenzione da valutare nel singolo caso con il neuroradiologo interventista):

- PTT al di sopra dei limiti normali, INR tra 1,7 e 3,0 e piastrine tra 50.000 e 100.000
- glicemia <50 o >400 mg/dl se non corretta;
- trauma cranico commotivo grave entro 3 mesi o grave trauma toracico (inclusa CPR negli ultimi 10 giorni);
- ictus cerebrale ischemico grave (mRS >2) negli ultimi 3 mesi;
- emorragia intracranica pregressa;
- emorragia gastrointestinale, urologica o respiratoria negli ultimi 21 giorni;
- chirurgia maggiore negli ultimi 14 giorni;
- gravidanza (fino a 10 giorni dopo il parto) o allattamento;
- leucoaraiosi estesa alla TC cranio

Decreto del Dirigente del Servizio Assistenza ospedaliera della Regione Marche n. 2/AOS del 11/1/2004 “DM 24/07/2003 – modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio della specialità medicinale ACTILYSE (p.a. Alteplase) – individuazione dei centri autorizzati per il trattamento dell'ICTUS ischemico nello studio SIST . MOST”

ART 1 vengono individuate le “strutture sanitarie quali centri autorizzati al trattamento dell'ICTUS ischemico acuto con la specialità medicinale ACTILYSE (Principio Attivo Alteplase):

- Clinica Neurologica dell'Università Politecnica delle Marche presso l'AO “Ospedali Riuniti di Ancona” via Conca 71 60025 Torrette Ancona
- UO Neurologia Servizio Stroke Unit presso la ZT 5 Jesi – Via Gallodoro 68 60035 Jesi (AN)
- UO di Neurologia presso Ospedale INRCA di Ancona – Via Montagnola 60100 Ancona”

Decreto del Dirigente del Servizio Assistenza ospedaliera della Regione Marche n. 80/AOS del 11/1/2004 “DM 24/07/2003 – modificazione dell’autorizzazione all’immissione in commercio della specialità medicinale ACTILYSE (p.a. Alteplase) – individuazione dei centri autorizzati per il trattamento dell’ICTUS ischemico nello studio SIST . MOST” nel quale all’ART 1 viene ulteriormente individuata l’UO di “Neurologia Servizio Stroke Unit presso la zona territoriale n.12 di San benedetto del Tronto – Via Manara 7, quale centro autorizzato al trattamento dell’ICTUS ischemico acuto con la specialità medicinale ACTILYSE (Principio Attivo Alteplase)”.

L’accordo stato regioni del n. 2195 del 3/2/2005, ai sensi dell’articolo 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente «Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale» riporta i criteri di individuazione dei centri per il trattamento dell’ictus ischemico acuto e cita “Il paziente deve essere trasportato in un ospedale inserito nella «rete stroke» ed organizzato in modo da offrire gli elementi assistenziali essenziali della «stroke care», ovvero in un centro dove possono essere garantiti i requisiti essenziali di accesso a indagini e cure appropriate per l’ictus acuto, con eventuale successivo trasferimento a strutture più attrezzate per ulteriori provvedimenti che richiedono diverse dotazioni o competenze”.

La determinazione 16 novembre 2007 dell’AIFA determina per l’implementazione del SITS – ISTR proseguimento dello studio post marketing Surveillance SIST MOST (determinazione 1/AE) (GU 278 del 29/11/2007) che al punto b) cita “di confermare il processo di accreditamento dei centri clinici per la trombolisi con le stesse modalità fin qui eseguite” e riporta in art. 2 le caratteristiche dei centri per la partecipazione allo studio.

Nel 2009 è stata aggiornata la Rete Regionale delle strutture abilitate ad eseguire la trombolisi nei pazienti che risultano essere attualmente le seguenti:

Azienda Ospedaliero Universitaria “Ospedali Riuniti” di Ancona;

INRCA Ancona;

Ospedale di Jesi;

Ospedale di San Benedetto del Tronto;

Ospedale di Fermo;

Ospedale di Fano.

Il Piano Sanitario regionale 2012-2014 “Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo” prevede fra gli obiettivi da perseguire : “garantire, nei pazienti con Ictus Cerebrale che ne presentano l’indicazione appropriata, l’effettuazione della trombolisi” prevedendo fra le azioni da realizzare “mettere a regime anche in un’ottica di Area Vasta la Rete regionale delle Stroke Unit e degli Stroke Team; aggiornare ed implementare i percorsi

assistenziali integrati per i pazienti con Ictus cerebrale in articolare per quanto riguarda l'integrazione con la Rete dell'Emergenza e Urgenza per l'implementazione della trombolisi “

PSR Marche 2012 2014, pag 130 VIII.3.2 La rete per l'Ictus cerebrale

Nel PSR 2007-2009 sono stati individuati punti critici ed azioni finalizzate alla implementazione della Rete Regionale per l'assistenza del paziente affetto da Ictus cerebrale.

Come previsto dallo stesso Piano, all'interno della Cabina di Regia Rete Ospedaliera è stato attivato uno specifico Gruppo di progetto. Il Gruppo di progetto ha dato indicazioni in merito alla Rete regionale per l'assistenza all'Ictus. L'organizzazione della Rete deve essere basata su due modelli organizzativi integrati in un'ottica di Area Vasta: Stroke Unit e Stroke team, secondo standard organizzativi, professionali e tecnologici di qualità per entrambi i due livelli. Nel 2009 inoltre è stata aggiornata la Rete Regionale delle strutture abilitate ad eseguire la trombolisi nei pazienti che risultano essere attualmente le seguenti:

Azienda Ospedaliero Universitaria “Ospedali Riuniti” di Ancona;

INRCA Ancona;

Ospedale di Jesi;

Ospedale di San Benedetto del Tronto;

Ospedale di Fermo;

Ospedale di Fano.

Gli obiettivi da perseguire sono i seguenti:

- garantire, nei pazienti con Ictus Cerebrale che ne presentano l'indicazione appropriata, l'effettuazione della trombolisi;
- garantire la continuità dei percorsi e l'integrazione Ospedale – Territorio anche nella fase post-acuta in particolare per quanto riguarda la riabilitazione e la prevenzione secondaria;
- garantire la qualità delle prestazioni, la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico;
- implementare i sistemi di monitoraggio e valutazione dei processi e degli esiti.

Le principali azioni da realizzare coerentemente con gli obiettivi sopra indicati sono:

- mettere a regime anche in un'ottica di Area Vasta la Rete regionale delle Stroke Unit e degli Stroke Team;
- aggiornare ed implementare i percorsi assistenziali integrati per i pazienti con Ictus cerebrale in particolare per quanto riguarda l'integrazione con la Rete dell'Emergenza e Urgenza per l'implementazione della trombolisi e l'integrazione con il Territorio per la fase post-acuta;

- definire e sviluppare in ottica di Area Vasta la Rete per riabilitazione dei pazienti affetti da Ictus cerebrale;
- definire indicatori e standard di qualità e sicurezza strutturale, tecnologica e professionale per l'assistenza ai pazienti affetti da Ictus ed in particolare per le Stroke Unit e gli Stroke Team.
- implementare il sistema regionale di Audit per l'Ictus cerebrale;
- implementare la pratica dell'Audit clinico a livello aziendale.

Nota Direttore ARS prot.n. 11416/ARS/ARS/P del 23.11.2015 autorizzazione all'utilizzo dell'Alteplase da parte l'UOC Neurologia di Macerata

La necessità di implementare nella Regione Marche le reti cliniche fa riferimento alle determine 1435/2013, e la DGR 1219/2014, in particolar modo per quanto attiene la patologia tempo dipendente.

Allegato 8: EMERGENZE URGENZE NEUROCHIRURGICHE

NOTE METODOLOGICHE

- Il gruppo di lavoro ha convenuto di articolare il lavoro nel seguente modo:
- Revisione delle principali linee guida nazionali ed internazionali
- Verifica del numero di *clinical competence* necessarie per professionista
- Verifica se presenti dei numeri minimi di AGENAS

DEFINIZIONE DI EMERGENZA URGENZA CHIRURGIA

Oggetto	Definizione	Timing
Emergenza chirurgica	Situazione caratterizzata da funzioni vitali compromesse, suscettibili di risoluzione mediante un appropriato atto chirurgico (es neuro trauma)	30-60 minuti
Urgenza prioritaria	Situazione per la quale l'atto chirurgico deve essere attuato precocemente	6 ore
Urgenza secondaria	Situazione può essere procrastinata nel tempo di 1 g al massimo	6-24 ore massimo
Urgenza differibile	situazione che può essere programmata nella nota operatoria	7 giorni

Le patologia dipendente individuata è

- ESA emorragia subaracnoidea
- Trauma cranico maggiore associato a politrauma (questo ultimo va nel centro di riferimento HUB di Torrette)

In tal senso i professionisti per garantire la Centralizzazione dei pazienti devono rivedere l'intera delibera sul 118 poiché obsoleta e non in linea con il modello che intende adottare la regione.

Per le patologie di cui sopra se necessarie dovranno essere indicate le **competenze plurispecialistiche che devono essere presenti o in Pronta disponibilità h 24, dovranno essere altresì individuati i professionisti necessari e le relative *clinical competence*.**

I professionisti dovranno individuare puntuali *clinical path* per le patologie emergenti definendo il rapporto/interfaccia con i Pronti Soccorsi di accettazione e con i servizi

In particolare per quanto attiene ai servizi necessari il gruppo di lavoro segnala quanto segue:

la neuroradiologia interventista di Torrette ha organico insufficiente e deve essere garantito progetto regionale ad hoc poiché vi sono reali difficoltà di reperimento dei professionisti (A tale fine è necessario integrare la dotazione organica dell'AOR con ulteriori altre 2 unità a carico del progetto regionale per cui il relativo costo non è a carico dell'AOR, ma spalmato nell'intero sistema regionale).

MODELLO DI RIFERIMENTO

Il modello di lavoro cui si fa riferimento è la rete degli HUB and SPOKE.

Per essere realizzato in modello summenzionato richiede:

1. massima capacità recettiva degli HUB e possono ricevere pazienti ancora non particolarmente appropriati perché “overtriaggiati”
2. contestuale capacità degli SPOKE di essere recettivi

Nel modello Hub and SPOKE i 118 dovranno utilizzare le medesime metodiche di classificazione e riconoscimento dei pazienti (algoritmi) per garantire uniformità della centralizzazione, si ritiene fin da subito di proporre il superamento della delibera regionale del 118 anno 1998 poiché obsolete e non conforme alle linee guida recenti, tale modello non permette la crescita del modello HUB and SPOKE. Il modello HUB and SPOKE, mutando dalla gestione degli aeroporti, razionalizzando i percorsi e aumenta la sicurezza dei pazienti

I due modelli a confronto sono indicati nelle figure sottostanti:



	Point to point	H&S
No of routes	32	16
cost	10000	10000
Total Cost	320000	160000

Nella summenzionata verifica dovranno essere segnalati in modo sintetico **le barriere organizzative** (es mancanza di professionisti, mancanza di *clinical competence* pur in presenza di professionisti che tuttavia risultano distribuiti nelle diverse strutture ospedaliere con volumi di attività che non consentono di creare o mantenere le *clinical competence*, mancanza di sistema trasmissione immagini ecc...)

Le Direzioni Sanitarie dovranno approntare la seguente ricognizione dell'offerta

Elenco strutture	Requisito/ campo note
Presenza assenza della UO oggetto di analisi	2 UOC di neurochirurgia
Numero di sanitari	Marche Nord Torrette
Servizio h 24	Si - a Marche Nord in PD
Servizi e competenze h 24 altre necessarie per garantire la sicurezza del paziente es radiologia interventistica ecc.	Presenza h 24 di neuroradiologia- a Marche Nord, assenza di neuroradiologia interventistica
<i>Clinical competence</i> e volumi raggiunti dalla struttura	Riferimenti: Agenas, linee guida nazionali, servizi in rapporto alla popolazione/bacino di utenza sia per la neurochirurgia che per la radiologia interventistica
Casi osservati	DRG
Tasso di mortalità per struttura	

Si è ritenuto infatti che non fosse produttivo ragionare sulle strutture su ciò che si è fatto fino ad oggi ma su un modello a tendere il linea con l'evoluzione della letteratura e della normativa.

STANDARD OSPEDALIERI PER NEUROCHIRURGIA

Bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, pertanto il gruppo di lavoro propone di mantenere l'intera centralizzazione dei pazienti politraumatizzati nell'AOR e di ridefinire le aree territoriali (Area Vasta 1 e/o parte Area Vasta 2 ?) che dovranno afferire sulla Neurochirurgia di Pesaro e quelle che dovranno afferire all'AOR per ESA e neurotraumi.

Inoltre alla luce dei standard ospedalieri si propone di non aprire ulteriori neurochirurgie in regione e di verificare esclusivamente l'afferenza territoriale

SERVIZI NECESSARI

presenza h 24 di neuradiologo interventista (anche in pronta disponibilità)

presenza di neuroradiologo (anche in pronta disponibilità)

presenza di neurologo h 24 (anche in pronta disponibilità)

presenza di neurochirurgo h 24 (anche in pronta disponibilità)

VOLUMI e CLINICAL COMPETENCE

Uno studio (vedi bibliografia Finks JF et AL) pubblicato sul New England Journal dimostra come strutture che effettuano alti volumi e casistiche per gli interventi maggiori (es aneurisma della aorta) hanno minor mortalità

BIBLIOGRAFIA:

Programma cooperativo di intervento per i pazienti con trauma grave nel SIAT dell'Emilia Occidentale

Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 1

69, della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135

JSNT-Guidelines for the Management of Severe Head Injury (Abridged edition)

Katsuji Shima, Tohru Aruga, Takehide Onuma, Minoru Shigemori, and members of the Japanese Guidelines Committee on the Management of Severe Head Injury (2nd Edition), and the Japan Society of Neurotraumatology

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3198659/>

XII. Rete terapia del dolore

Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

Ruolo
Componenti Tavolo di Lavoro ASUR Terapia del Dolore

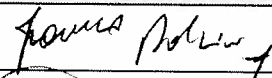
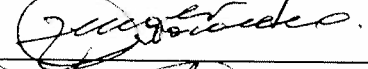
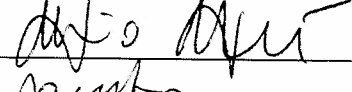
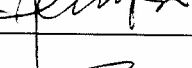
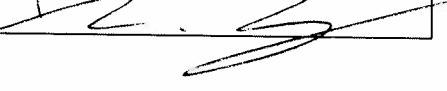
Applicazione Normativa

ASUR
DGRM 1219/2014 "Modifica della deliberazione n. 1345 del 30/9/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n. 551 del 17/4/2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR" DM 70/2015: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" Intesa Stato Regioni del 25/07/2015 DGR 325/2015: "Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale della Terapia del Dolore"

Obiettivi
- Attuazione dell'intesa Stato Regioni del 25/07/2012, come da DGR 645/2013 e DGR 325/2015 : rete per la terapia del dolore ASUR secondo un modello Hub&Spoke. - Analisi dell'attuale organizzazione, capillarità del servizio, implementazione della cultura della dignità della sofferenza.

Documentazione prodotta	Barrare la casella corrispondente
1. Documento (protocollo)	☒
2. Allegati	☒
3. Flow chart	☒

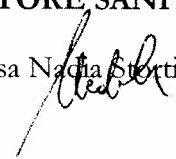
Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

Ruolo	Nome	Cognome	Firma
COORDINATORE TAVOLO	FRANCO	DOLCINI	
REFERENTE TESI	STACCOLO	ZENOBI	
REFERENTE ORZ	ANGELO	CAUSS	
REFERENTE AV5	MAURIZIO	MASSETI	
REF. "ORIMO"	FRANCO	FERRARA	
REF "FABRIANO"	GIAMPIERO	MANNELL	

Ruolo	Nome	Cognome	Firma
COORD. INF. FABIANO	FRANCESCO	LIPPENA	Francesco Lippena
INF. DISTRETTO C.D.	COPPIN	BRUNA	Coppin Bruna
Rappresentante AU 3	LUIGI FRIPPO	WARDI	Luigi Frippo

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr.ssa Nadia Storti



Allegato: RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE

Premessa: riferimenti normativi

Alla luce della DGR 325 del 20/04/2015 avente per oggetto: “Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale della Terapia del Dolore”, si rende necessaria la riorganizzazione della attività di Terapia del Dolore in ambito ASUR e la definizione della possibilità di integrazione con le attività già svolte dalle AA.OO (Ospedali Riuniti di Ancona e Marche Nord).

La DGR 325/15 indica i requisiti minimi delle strutture Spoke e dell'unico Hub regionale; definisce la sede dell' Hub in AV3 e il numero degli spoke: “uno o più per AV in base alla distribuzione dei PO”.

La messa a regime di tale organizzazione dovrà avvenire entro ottobre 2016 (Conferenza Stato Regioni n° 32 19 febbraio 2015, in attesa di recepimento da parte della Regione Marche) .

La Det. 612/DG del 16/09/2015 che recepisce la DGRM 665/2015, tra gli obiettivi sanitari prevede per il 31/12/2015:

- avviare almeno un centro spoke per AV
- monitorare consumo farmaci oppioidi maggiori secondo il valore di riferimento indicato dalla det. 612/DG.

Criticità attuali e mancato governo della domanda

La ricognizione effettuata dal gruppo nel primo semestre 2015 presso i PO ASUR ha mostrato, oltre all'estrema frammentazione della proposta attuale, la quasi totale saturazione della stessa a causa sia della scarsità della offerta che della mancanza di governo della domanda.

Proposta organizzativa

In termini organizzativi, la Rete per la Terapia del dolore in ambito ASUR dovrà essere declinata considerando:

- che i requisiti minimi contenuti nei precedenti accordi Stato Regioni e recepiti dalla DGR 325/2015, superano in alcune situazioni l'attuale offerta esistente e pertanto si rende necessario programmare un percorso di avvicinamento a tali standard minimi passando **per una fase intermedia**, da attuarsi entro i prossimi 6 mesi, tendente a omogeneizzare la tipologia delle prestazioni, le sedi di erogazione delle stesse e il governo della richiesta nell'ambito dell'ASUR; i successivi 10 mesi serviranno alla messa a regime dell'Hub regionale di AV3 e degli Spoke;
- che l'AV3 in quanto sede di Hub ingloberà nello stesso anche le attività di spoke (v. ipotesi per AV3);
- che esistono AA.VV. nelle quali i requisiti minimi di spoke sono già soddisfatti o comunque facilmente raggiungibili con parziali rimodulazioni dell'offerta e senza ulteriore aggravio di risorse umane e/o economiche;
- che vanno ipotizzate, almeno in una prima fase della costruzione della rete, soluzioni definite come **"spoke trasversale"** di AV non ancora in linea con i requisiti minimi, al fine di ridurre la necessità di risorse umane e contestualmente creare le condizioni di governo della richiesta e di soddisfacimento della stessa.
- **che i MMG con le loro aggregazioni territoriali previste dagli accordi (AFT) rappresentano il cardine principale della rete**
- **che la rete può realizzarsi solo in presenza di:**
 - PDTA condivisi tra i vari nodi della rete e conferimento del paziente per complessità;
 - flusso circolare delle informazioni cliniche;
 - aggiornamento del nomenclatore tariffario per una valorizzazione omogenea dell'attività di terapia del dolore che permetta di ottenere dati comparabili e univoci (v. Allegato 1);
 - uniformità ed appropriatezza del regime e delle sedi di erogazione della prestazione (ambulatoriale, domiciliare, percorso ambulatoriale complesso, DH, DS e ricovero ordinario) anche alla luce del contenimento della migrazione verso regioni viciniori;
 - presenza di personale di supporto adeguatamente formato e in numero sufficiente.

L'HUB Regionale

Con la citata DGR 325/2015 è stato individuato come Centro Hub Regionale il PO di Macerata della AV3 definendo compiti, requisiti e quindi attività; gli aspetti salienti sono:

- erogazione di interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità, in regime di ricovero ordinario, DH o PAC;
- approccio interdisciplinare con team dedicati o rete di consulenze;
- verifica e aggiornamento procedure diagnostiche e terapeutiche, emanazione di linee guida;
- la presenza di due specialisti in Anestesia e Rianimazione e di un'equipe multiprofessionale dedicata;
- attività di ricovero, continuità assistenziale h12 + pronta disponibilità h24 + ambulatorio per esterni 5gg/sett per un totale di 30 h;
- l'implementazione di percorsi formativi e di ricerca scientifica sul dolore e sulle terapie disponibili, in collaborazione con altri centri nazionali e internazionali;
- attività di consulenza ospedaliera e per pazienti in assistenza domiciliare.

Ipotesi messa a norma HUB Regionale AV3 Macerata

I requisiti minimi per l'Hub contenuti nei precedenti Accordi Stato Regioni e già fatti propri con delibera dalla Regione Marche superano di gran lunga l'attuale offerta esistente in AV3 e pertanto si rende necessario programmare un percorso di avvicinamento a tali standard minimi passando per una fase intermedia, da attuarsi entro i prossimi 6 mesi, tendente a omogeneizzare la tipologia della prestazione, le sedi di erogazione delle stesse e il governo della richiesta nell'ambito dell'AV3.

I successivi 10 mesi serviranno alla messa a regime dell'Hub regionale di AV3 in termini di adeguamento delle risorse economiche e umane coinvolgendo già dalla fase programmatoria - organizzativa i Responsabili di AV3 del Servizio Professioni Sanitarie per quanto di loro competenza.

Per i compiti di coordinamento della Rete Dolore Regionale, per la complessità della gestione e per i volumi di attività ordinaria in essere, è auspicabile che in sede di manutenzione annuale delle reti cliniche da parte del Coordinamento dei Direttori delle Aziende la UO Terapia Dolore di AV3 venga trasformata da struttura semplice dipartimentale in struttura complessa a valenza di riferimento regionale (DGR 1219/2014).

Lo Spoke e lo Spoke trasversale di AV

Lo Spoke ha sede in un ambulatorio ospedaliero (ai sensi della DGR 325/15) e/o in un ambulatorio territoriale accreditato (ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 25/07/2012) anche in considerazione della imminente applicazione della DGR 735/13 relativa alla riduzione della frammentazione ospedaliera e conseguente istituzione delle Case della Salute.

Allo Spoke la normativa corrente attribuisce la “funzione di filtro relativamente al sintomo dolore”, e vi opera almeno un medico specialista in anestesia e rianimazione dedicato con comprovata esperienza nelle attività di terapia antalgica, supportato da una procedura organizzativa che garantisca la presenza di un infermiere esperto durante lo svolgimento di attività invasive.

Lo “Spoke trasversale” si realizza tra due stabilimenti confinanti del Presidio Unico di Area Vasta e/o centri territoriali (come già indicato) che mettono in condivisione risorse al fine di garantire interventi diagnostici e terapeutici farmacologici, strumentali, e di chirurgia minore variamente integrati, finalizzati alla riduzione del dolore e delle disabilità delle persone assistite.

In ogni Spoke sono garantite sia la presenza di almeno un anestesista rianimatore dedicato ad attività di terapia antalgica che di un infermiere esperto per lo svolgimento di attività invasive complesse e l'erogazione di tutte le prestazioni di terapia del dolore previste in regime ambulatoriale:

- inquadramento diagnostico;
- valutazione del dolore con scale validate;
- interventi terapeutici;
- valutazione dell'efficacia del trattamento;
- impostazione del piano terapeutico antalgico da inviare al MMG alla dimissione.

L'attività deve essere garantita per almeno 18 ore settimanali (12 ore nel caso di Spoke trasversale) ai pazienti esterni; il centro Spoke inoltre si interfaccia, qualora sia utile per la gestione dei casi complessi, con il Centro Hub e le altre strutture diagnostico-terapeutiche che hanno in carico il paziente.

Gli operatori sono tenuti a registrare nelle cartelle cliniche ambulatoriali informazioni relative ai casi trattati (inquadramento diagnostico, valutazione dolore con scale validate, piano terapeutico, consenso informato, valutazione efficacia trattamento, *follow-up*), ad aggiornare il registro prestazioni, fornire una relazione al MMG, comprensiva del piano terapeutico antalgico.

Sintesi dei criteri per lo Spoke:

- apertura per almeno 18 ore settimanali (12 ore per lo spoke trasversale) dell'ambulatorio di TD in ogni sede;
- attività ed organizzazione come da DGR 325/15;
- individuazione, quando non già fatto, di un responsabile clinico-organizzativo delle suddette attività.

Offerta di TD in AV3

Attualmente sono operativi i seguenti centri di TD:

- Macerata: visite, DH, consulenze domiciliari
- Tolentino: infiltrazioni in scopia, procedure in DS e ricovero ordinario, consulenze domiciliari

In questi centri operano 2 medici, 1 coordinatore, 9 infermieri, 6 OSS, 1 psicologa. Oltre che per la Terapia del Dolore, il personale Medico, Infermieristico, la Psicologa e gli OOSS sono impiegati anche per l'assistenza in Hospice e nelle cure palliative domiciliari.

- Recanati: procedure in DS e RO, DH, visite; personale disponibile 1 medico per 18 ore + un infermiere di SO
- San Severino: visite, infiltrazioni, consulenza domiciliare; personale disponibile 1 medico per 18 ore e un infermiere di SO quando non impegnato in attività istituzionale

AV3 criticità rilevate e soluzioni proposte:

I - Mancata circolazione delle informazioni cliniche

La gestione delle attività ambulatoriali eseguite in queste TD è effettuata direttamente su cartaceo o su piattaforma informatica proprietaria; ne consegue la non condivisione delle informazioni cliniche tra i vari ambulatori.

Soluzione: attivazione del programma di gestione ambulatoriale come già in uso a Macerata anche alla TD di Recanati e San Severino. Tempi di attuazione immediati con la necessità di un corso di formazione per operatori della durata di un 1 mese.

II - Assenza di protocolli condivisi di diagnosi e cura e di gestione dell'urgenza

Soluzione: riorganizzare le attività di TD in AV3 in logica di rete con l'applicazione di PDTA condivisi sia a livello clinico che organizzativo gestionale, iniziando dalle patologie più frequenti (per esempio: dolore lombare, dolore oncologico, dolore osteoartrosi, nevralgia, urgenza, eccetera).

III - Mancanza personale di supporto per mansione specifica

In particolare per TD San Severino il supporto infermieristico è garantito dalla buona disponibilità alla collaborazione del personale di sala operatoria se presente al momento e quindi con difficoltà nel pianificare attività di media complessità (peridurale antalgica).

Soluzione: attraverso progetto con Servizio Professioni Infermieristiche, assicurare la presenza preordinata di un infermiere per almeno il 50% delle attività svolte in ambulatorio e del 100% in caso di attività di media complessità, al fine di finalizzare al periodo nel quale si svolgono le attività invasive un infermiere dedicato (anche a turno) tra quelli della sala operatoria.

Per TD Recanati: garantire la presenza di un TSR per l'attività programmata con l'amplificatore di brillantezza, assicurando l'utilizzo ottimale dell'apparecchio in condizioni di sicurezza per il paziente e gli operatori, in collaborazione con il medico, ai sensi della normativa vigente.

IV - Appropriatezza del regime di erogazione della prestazione

Da una prima disamina critica delle attività in DH presso TD Recanati emerge la possibilità di erogare in regime ambulatoriale la maggior parte delle prestazioni rese in DH.

V - Sedi di erogazione della prestazione

Assenza di attività ambulatoriale presso il PO di Civitanova Marche; l'attività di DS e DO risulta troppo frammentata fra i presidi di Recanati e Tolentino.

Nell'ottica del recupero di efficienza ed appropriatezza, si propone:

- 6.7 per le procedure previste in DS e DO di individuare un'unica sede di erogazione nello spoke di Tolentino, sotto un unico centro di costo;
- 6.8 per le procedure ambulatoriali in SO di mantenere sia una seduta a Recanati e una a Tolentino;
- 6.9 dopo rimodulazione delle attività di TD Recanati potrebbe liberarsi un turno di 6 ore da utilizzare a Civitanova Marche; un altro turno potrebbe scaturire da un progetto retribuito di AV3 per i sanitari delle TD;
- 6.10 prevedere inoltre un meccanismo di compensazione, sempre con progetto retribuito, sulle attività ambulatoriali di Recanati e Civitanova in caso di assenza del Medico Referente locale.

Risorse necessarie (fase intermedia)

AV	SEDE	MEDICI		INFERMIERI	
		ESISTENTE	INCREMENTO/ DECREMENTO	ESISTENTE	INCREMENTO/ DECREMENTO
3	MACERATA	36 ORE	0 ORE	36 ORE	0 ORE
	TOLENTINO	12 ORE	6 ORE	6 ORE	12 ORE
	RECANATI	18 ORE	-6 ORE	18 ORE	-6 ORE
	CIVITANOVA MARCHE	0 ORE	12 ORE	0 ORE	12 ORE
	SAN SEVERINO	18 ORE*	-6 ORE	0 ORE	12 ORE

**Su progetto*

AV	SEDE	TECNICO RADIOLOGIA	
3		ESISTENTE	INCREMENTO
	TOLENTINO	12 ORE	6 ORE
	RECANATI	0 ORE	6 ORE

Analisi dell'offerta di terapia del dolore (ad eccezione di AV3):

1. AV in cui è presente attività di TD che *rispetta o supera i criteri minimi* dello Spoke di 18 ore settimanali di apertura ai pazienti esterni:

- AV1 (Urbino-Fossombrone)
- AV4 (Fermo-Amandola) *

*: la det. DG 350/2015 non prevede la UOS già esistente ai sensi della normativa

Interventi necessari per la messa in rete di queste strutture:

- analisi delle attività svolte
- verifica del rispetto dei criteri di cui DGR 325/15 per gli Spoke
- eventuale rimodulazione dell'offerta sanitaria, delle attività e delle procedure
- individuazione Responsabile Medico

2. AV in cui è presente attività di TD che *non rispetta i criteri minimi* di 18 ore di apertura ai pazienti esterni per ogni Spoke o non offre tale servizio in modo strutturato:

- AV2 (Senigallia, Osimo, Jesi, Fabriano)
- AV5 (San Benedetto del Tronto, Ascoli Piceno)

Interventi necessari per la messa in rete di queste strutture:

- analisi delle attività svolte
- individuazione di Spoke trasversali con rimodulazione dell'offerta sanitaria, delle attività e delle procedure secondo il presente modello:

AV2:

AV	SEDE	MEDICI		INFERMIERI	
		ESISTENTE	INCREMENTO	ESISTENTE	INCREMENTO
2	SENIGALLIA*	8 ORE	4 ORE	8 ORE	4 ORE
	OSIMO	6 ORE	6 ORE	6 ORE	6 ORE
	JESI	9 ORE	3 ORE	9 ORE	3 ORE
	FABRIANO**	6 ORE	6 ORE	6 ORE	6 ORE

* Su progetto

*** E' stata manifestata la disponibilità da parte della UO di Fabriano di mettere a disposizione sin da subito 12 ore settimanali di un medico anestesista.*

AV5:

AV	SEDE	MEDICI		INFERMIERI	
		ESISTENTE	INCREMENTO	ESISTENTE	INCREMENTO
5 ***	ASCOLI PICENO	0	12 ORE	0	12 ORE
	SAN BENEDETTO	12 ORE	0	12 ORE	0

**** presenza di mobilità attiva dall'Abruzzo da non perdere*

- individuazione Responsabile Medico

3. AV in cui insistono AA.OO. con attività di TD: AV1 e AV2

Insistendo le 2 AA.OO. in aree metropolitane densamente popolate, potrebbe essere opportuno per l'ASUR individuare percorsi integrati e condivisi con le AAOO secondo modalità amministrative da definire, per recuperare professionalità e competenze acquisite e garantire un'offerta più equilibrata alla popolazione, mantenendo la possibilità di sfruttare gli ambulatori distrettuali territoriali sulla base dei requisiti per lo Spoke individuati dalla DGR 325/15.

Attivazione della rete dolore: la gestione del dolore

Obiettivi: garantire in modo diffuso le cure contro il dolore e contestualmente mantenere il paziente dentro il sistema sanitario regionale.

Gestione del paziente: informare gli utenti sulla possibilità di curare il dolore e sui diritti di cura, tramite ricorrenti campagne informative in tutte le AV, indicando la disponibilità dei nodi della rete in ogni ambito sanitario; **si propone la celebrazione di una giornata della lotta contro il dolore.**

Il percorso lineare della gestione e presa in carico del paziente con il dolore nasce a livello di qualsiasi accesso al SSR da parte dell'utente (visita MMG, Specialista A/O, Sistema Emergenza, altro), nel momento in cui venga effettuata la rilevazione della presenza e della intensità del dolore.

In caso di dolore correlato a patologia specifica, il paziente, inserito nel corretto PDTA, verrà trattato per il dolore in modo sintomatico con rivalutazione a breve della persistenza e della intensità del sintomo.

Se invece il dolore non risulta correlato o non sia ben controllato nello specifico PDTA, il MMG o Specialista di riferimento inizierà a trattare il paziente con farmaci del I e II gradino della scala OMS (protocollo dolore).

In ogni caso quando non si riesca a controllare il sintomo sia per intensità che per difficoltà di gestione (effetti collaterali da terapia analgesica), sarà necessario conferire il paziente alla rete dolore.

Accesso Alla Rete del Dolore

Il paziente viene conferito al nodo della rete di prossimità (SPOKE) dove si effettuano:

- valutazione intensità dolore (v. scala NRS) e complessità di trattamento (AUDIT interno)
- trattamento a livello SPOKE o conferimento e trattamento a livello superiore (HUB);
- se si ottiene beneficio, conferimento al MMG; altrimenti, rivalutazione periodica per successivi trattamenti.

Ruolo del MMG

Le aggregazioni territoriali dei MMG previste dagli accordi (AFT) rappresentano un nodo di base fondamentale nella rete e necessitano delle maggiori attenzioni:

- formazione MMG, corsi specifici, ricorso ad audit, aggiornamento cadenzato;
- creazione di percorsi clinico terapeutici condivisi tra MMG e centri Spoke-Hub, protocolli;
- creazione di un sistema di verifica sul conferimento pazienti agli altri nodi della rete.

Obiettivi specifici per i MMG:

- favorire la crescita della terapia del dolore (come diagnosi e cura) in ambito MMG, aumentando conoscenza e consapevolezza;
- utilizzo di percorsi per riferire i pazienti ai centri hub/spoke, riducendo l'utilizzo di percorsi non appropriati;
- capacità nel gestire l'eventuale riaffido del paziente dai centri.

Indicatori di risultato per l'attuazione della presente proposta operativa:

- rispetto cronogramma
- Indicatori da utilizzare per il monitoraggio della rete
 - espletamento prima visita urgente entro 72 ore: >90%
 - espletamento prima visita urgente domiciliare entro 72 ore: >70%
 - presenza di almeno uno spoke o di uno spoke trasversale in ogni PO dell'ASUR entro 3 mesi dall'avvio della rete clinica: 100%
 - utilizzo di PDTA condivisi per la diagnosi ed il trattamento delle patologie dolorose più comuni: >50%
 - compilazione piano terapeutico e di relazione al MMG: >90%
 - effettuazione AUDIT tra gli specialisti di Rete Terapia del Dolore a cadenza semestrale: 100%

Fig. 1: Flow chart accesso alla Rete Terapia del Dolore ASUR

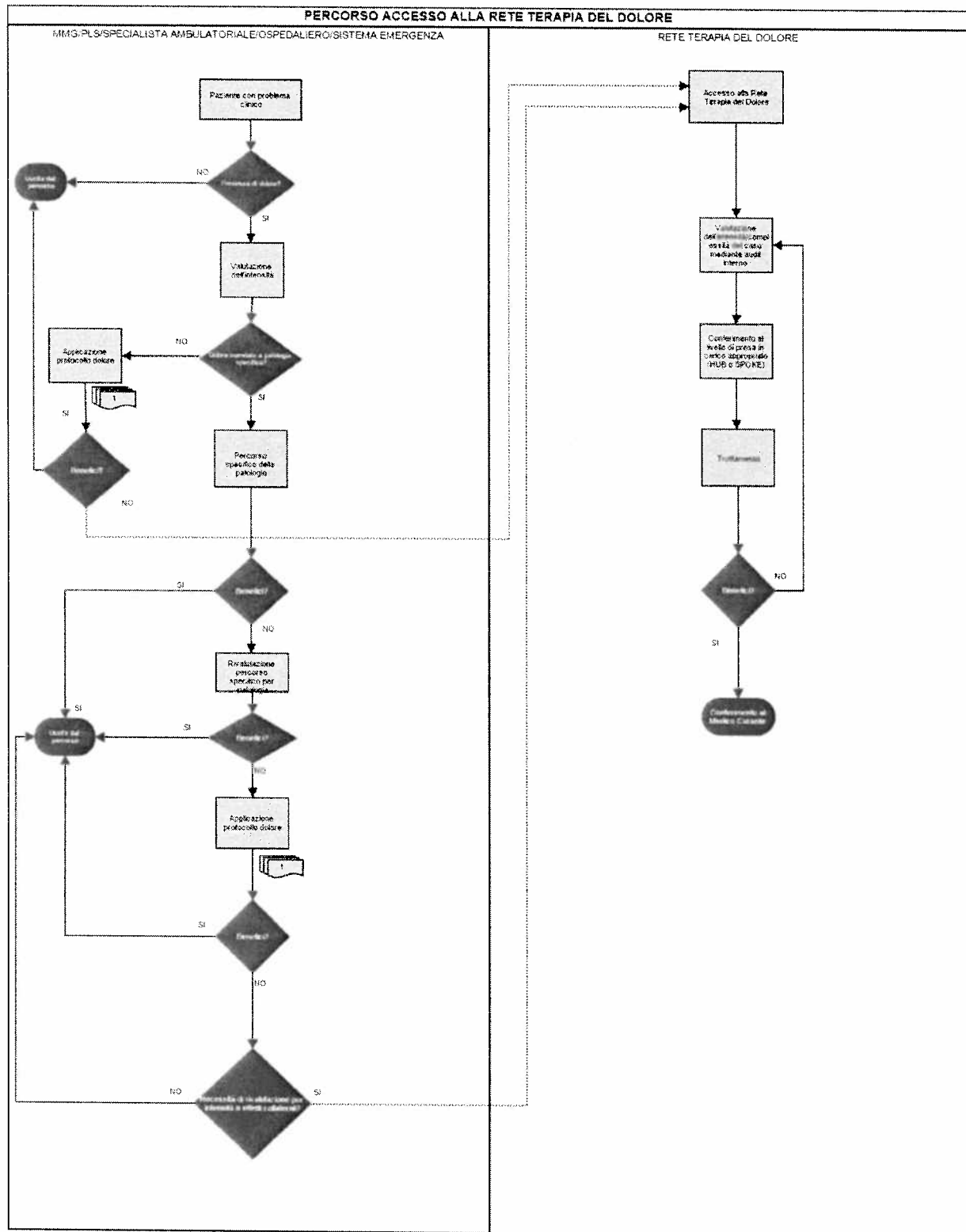


Fig. 2: Protocollo terapia del dolore

Protocollo terapia del dolore

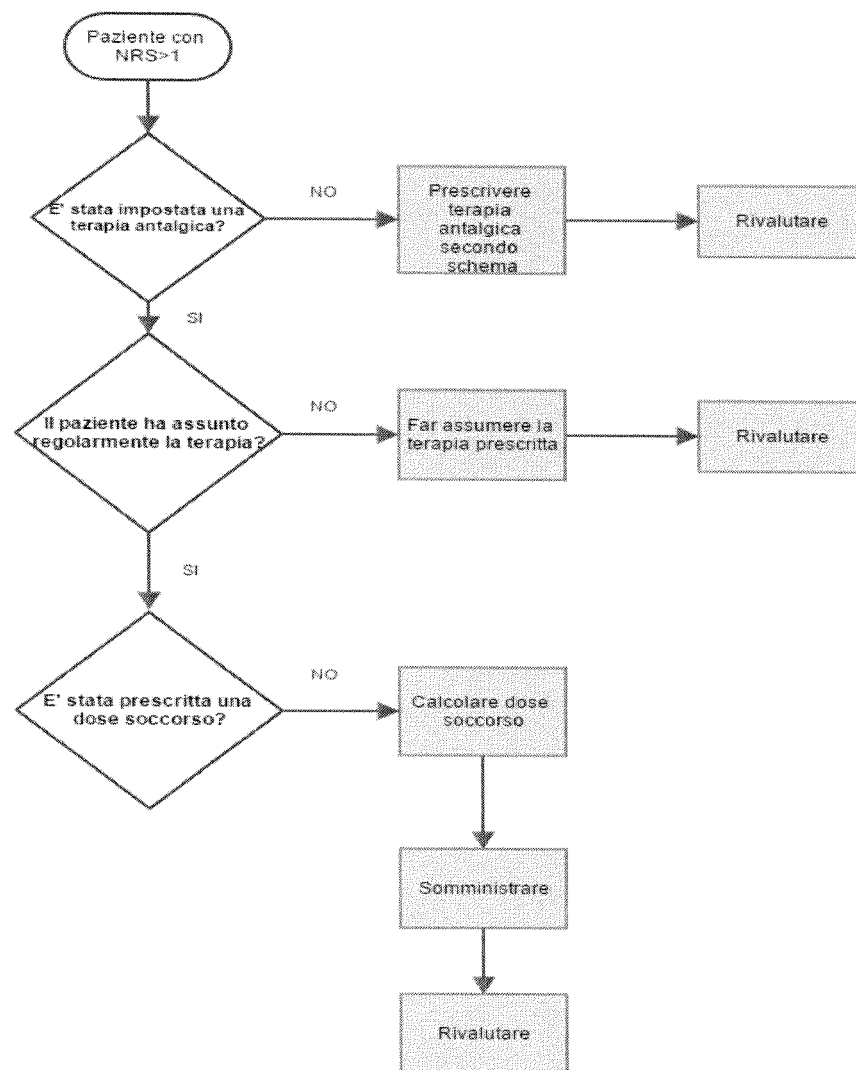


Fig. 3: SCALA NRS

(Fonte: DGR 1233/2010 "Linee di indirizzo per il trattamento farmacologico del dolore neoplastico nell'adulto - Integrazione alla DGR 470/2008")

Scale per la misurazione dell'intensità del dolore

Per la rilevazione e misurazione sistematica del dolore, si propone un modello integrato di scala numerico-visiva costituito da una linea orizzontale di 100 mm contrassegnata da 0 a 10 ad intervalli regolari di 10 mm.

Fig 1



Fig. 4: Schema terapia del dolore

VALORE SCALA NRS	GRADINO SCALA OMS	TERAPIA
7-10	III	<i>Vedi schema terapia con oppioidi</i>
4-6	II	Paracetamolo-codeina 1-2 x 3/die Tramadol gtt 15-20 x 3-4/die ± FANS
1-3	I	FANS (ketoralac 10 gtt x 3/die, paracetamolo 0,5-1 gr x 3/die)

- ✓ Una volta somministrati i farmaci previsti per i gradini I e II, è opportuno rivalutare il dolore dopo 60 minuti.
- ✓ Se il valore della scala **NRS** è rimasto **invariato** allora è necessario **passare al gradino successivo e/o aggiungere adiuvanti**.
- ✓ Se il valore della scala **NRS** è risultato **inferiore a 3** è necessario **ricalcolare la terapia** in base al fabbisogno delle 24 ore.

Fig. 5 Schema terapia con oppiacei (valore della scala NRS: 6-10)

VALORE SCALA NRS	PRECEDENTE TERAPIA CON OPIACEI	TERAPIA DA SOMMINISTRARE	
6-10	PAZIENTE GIÀ IN TRATTAMENTO	TERAPIA ORALE	Calcola dose soccorso: 20% dose 24 h + 50-100%
		TERAPIA INIETTIVA	Calcola dose soccorso: 1/4 (1/3 dose orale 24h + 10%) e somministra
	PAZIENTE NON IN TRATTAMENTO	TERAPIA ORALE	5-10 mg morfina solfato (4-12 gtt) e somministra
		TERAPIA INIETTIVA	3-5 mg morfina cloridrato e somministra

- ✓ Una volta somministrata la terapia è opportuno rivalutare il dolore **dopo 60 minuti**, in caso di somministrazione di farmaci **per os**, dopo **15 minuti** in caso di somministrazione di farmaci **ev** e **30 minuti** in caso di somministrazione di farmaci **sc**.
- ✓ Se il valore della scala **NRS** risulta pari a **7-10** si può **raddoppiare la dose**. Dopo **2-3 cicli inefficaci** considerare lo **switch** o **rivalutazione**.
- ✓ Se il valore della scala **NRS** risulta pari a **4-6** si può **somministrare nuovamente la stessa dose** e quindi **ripetere la valutazione**.
- ✓ Se il valore della scala **NRS** risulta pari a **1-3** si può **ripetere** la terapia somministrata **al bisogno** e quindi **ricalcolare la terapia in base al fabbisogno delle 24 ore**.

Note all'uso della morfina

a. Regole generali

- ✓ preferire la somministrazione per os
- ✓ a orario fisso
- ✓ proporzionale all'intensità del dolore
- ✓ gestione effetti collaterali
- ✓ calcolare dose soccorso

b. Conversione della morfina (tolleranza maggiore=dividendo minore)

- ✓ os/sc2-3/1
- ✓ os/ev 3/1
- ✓ os/fentanyl TTS 2-3 mg/h = 25 mcr/h
- ✓ os/buprenorfina TTS 1,6 mg/h = 35 mcr/h
- ✓ sc/ev 2/1

c. Equivalenza tra oppiacei e morfina orale

- ✓ codeina 5/1 – 3/1
- ✓ tramadolo 6/1-10/1
- ✓ idromorfone 1/5
- ✓ ossicodone 1,5

Cronogramma

CRONOGRAMMA prima fase

obiettivo/mesi	1	2	3	4	5	6
informatizzazione						
formulazione PDTA						
personale supporto						
appropriatezza regime erogazione						
sedi erogazione						

Allegato 1

NOTA	CODICE	DENOMINAZIONE PRESTAZIONE	TARIFFA	Note esplicative
I	89.01.1	VISITA ANESTESIOLOGICA DI CONTROLLO per valutazione terapia del dolore		
I	89.7A.01	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA. Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale.		
I	03.90	Iniezione di farmaci nel canale vertebrale in portatore di catetere peridurale		
I		Infiltrazione punti trigger		
I		Medicazione sistemi chirurgici		
I H		Programmazione pacemaker/pompa spinale elettronica		Prestazioni da prevedere nel regime ambulatoriale
I H		Rifornimento pompa esterna/elastomero esterno		
Legenda				
I si intende nuovo inserimento (nuove prestazioni)	H Indica le prestazioni erogabili in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero, ovvero ambulatori protetti			

REGIME AMBULATORIALE	REGIME DI RICOVERO		PRESTAZIONI TERAPIA ANTALGICA	NOTE
	DH/DS	RO		
X			Visita e controllo	Tale prestazione, ai fini della determinazione dei livelli di attività, è conteggiata solo nel regime ambulatoriale
	X		Blocco anestetico della catena del simpatico	
	X		Blocco anestetico del Ganglio di Gasser	**
X			Blocco anestetico nervo periferico	
?			Blocco anestetico plesso celiaco/nervi splancnici	
		X	Blocco neurolitico plesso celiaco/nervi splancnici	
X			Blocco peridurale	
	X		Blocco regionale endovenoso del simpatico con guanetidina	
	X		Catetere peridurale con port sottocutaneo	
	X		Catetere peridurale/subaracnoideo	
X			Iniezione di farmaci nel canale vertebrale in portatore di catetere peridurale	
X			Catetere perineurale	
	X		Catetere venoso centrale tunnellizzato o con port	
		X	Cordotomia	*
	X		Denervazione faccette articolari	
	X		Discolisi/Neuroplastica/	**
	X	X	Cifoplastica/Vertebroplastica	
		X	Epidurolisi endoscopica	**
	X		Impianto Perineurale Periferico	
X	X	X	Indagini neurofisiologiche	**
X			Infiltrazione faccette articolari intervertebrali	
X			Infiltrazione foraminale	
X			Infiltrazione intra articolare (con Rx)	
X			Infiltrazione intra articolare (senza Rx)	
X			Infiltrazione periarticolare	
X			Infiltrazione punti trigger	
X			Magnetoterapia	*
X			Medicazione sistemi chirurgici	
		X	Neurolisi catena del simpatico	
		X	Neurolisi del ganglio di Gasser	**
X	X		Neurolisi nervo periferico	
		X	Neurolisi subaracnoidea	**
		X	Posizionamento elettrocatetere midollare (SCS)	**

		X	Posizionamento sistema da infusione spinale totalmente impiantabile	**
	X		Posizionamento/sostituzione pacemaker per SCS	
X			Programmazione pacemaker/pompa spinale elettronica	
X			Rifornimento pompa esterna/elastomero esterno	
		X	Test farmacologici e.v.	osservazione del paziente (secondo il farmaco)
	X	X	Test farmacologici subaracnoidei	osservazione del paziente (secondo il farmaco)
Prestazioni di indagini neurofisiologiche (teletermometria) devono essere eseguite in ambiente idoneo				
*prestazioni opzionali				
** prestazioni opzionali di alto livello				
Si potrebbe introdurre per alcune prestazioni dei valori soglia per l'effettazione delle stesse in regimi assistenziali di maggiore intensità (es. dal regime ambulatoriale al DH/RO) sulla base della classificazione ASA				

Tabella 1: attuale offerta terapia del dolore ASUR Marche, anno 2015

Area Vasta													
Sette	AV1			AV2			AV3		AV4		AV5		
	Pesaro	Urbino	Fossombr.	Ancona	Fabriziano	Jesi	Senigallia	Macerata	PO Recanati	San Severino	Fermo/Amandola	Ascoli	San Benedetto
Organizzazione		amb osp in AV		amb osp Loreto	amb. Terapia del dolore	UO Anestesia e Rianimazione	UOS terapia del dolore	UOSD del PO dolore, copre anche Tolentino	UOS terapia dolore	UOS terapia dolore	Centro Terapia Dolore	Terapia del dolore dedicata oncologia osp	amb. Ospedaliero in rete con altri centri
Domicilio													
Amb terr/osp	osp	osp			amb osp	si	si	si	si	si	6h/sett	no	Si non strutturata amb osp
Ospedale						si	si	amb osp			si		si
Gior/n	3	3		1	1	si	si				5/sett		
Orario				6h	6h	6 su 4 settimane 6 h	mart./gio 8/sett		18h/sett	18h/sett	36h/sett		Amb 12h/sett
Reper. Telefonica											6h/die		si
Medici Specializzazione	2				2	6	5	2	1	1	2		anestesia richiesta per domicilio
MMG	anestesia			anestesia	anestesia	si	anestesia	anestesia	anestesia	anestesia	anestesia		1 coord dedicato+2 inf non dedicate
Infermieri	si	si		si non dedicati	si non dedicati	si non dedicati	1 coord. + 12	si	si	no	3		
OSS													
Psicologi													
Volontari													
Punti di forza	ampio bacino			collegato con PS, PO Osimo, Chiaravalle, RSA	adozione scheda del dolore - formazioni e per MMG e personale ospedaliere	Collegamento online per l'attività domiciliare	continuità H - dom ADI - res; tempi attesi brevi - ospedale senza dolore - scheda dolore	equipe multidisciplinari partecipa studi multicentrici, centro di riferimento, tempi rapidi a domicilio			Formazione e collaborazione con MMG		percorsi formativi, collaborazione con MMG e altri centri, ampio bacino di utenza - adozione scheda del dolore
Criticità				Risorse- Domicilio - percorso osp/terr	Risorse		Risorse - no urgenza - insufficiente formazione	Risorse - tempi attesi offerta insufficiente			eccesso di richieste in urgenza	assenza medici	Risorse e orari limitati, liste di attesa, mancato riconoscimento, sala operatoria non disponibile, no collaborazione con oncologi
Proposte													36 h di amb. amb dislocato in hospice, rsa, rete hub spoke, struttura dipartimentale, linee guida
Referente tavolo	dr Marchi			Dr. Ferrara	Coord Lippera - dr Martelli	dr. Bernacconi dr. Zenobi			dr Luigi Nardi		dr.ssa Pompei		dr Maurizio Massetti

(Al. 13)

Allegato 10: PROTOCOLLO STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO RETE
TERAPIE INTENSIVE

ALLEGATO 10 ALLA
DETERMINAN. 816/85
DEL 24 DIC. 2014

INTRODUZIONE

Le UU.OO. di Terapia Intensiva (UTI) richiedono un elevato utilizzo di risorse dovuto a diverse ragioni, quali ad esempio il livello di complessità della tecnologia impiegata, l'esteso utilizzo di farmaci, prodotti nutrizionali e infusionali e il carico assistenziale dei pazienti ricoverati.

L'utilizzo delle risorse da parte delle diverse UU.OO. è molto variabile e dipende dalla dotazione tecnologica, dalla differente casistica dei pazienti ricoverati e dal diverso approccio diagnostico e terapeutico (Boffelli S, 2007).

Le vigenti normative nazionali e regionali (Decreto Ministeriale 70, del 02/04/2015; DGR 1345/13 e 1219/14) hanno ridefinito l'offerta assistenziale ospedaliera in un'ottica di Rete al fine di migliorare l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza, la qualità e la sicurezza delle cure.

Nell'ambito del Tavolo di Lavoro interaziendale per la Rete delle Terapie Intensive, si è ritenuto opportuno pianificare uno Studio Osservazionale Prospettico per l'analisi della casistica dei pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive della Regione Marche, per la valutazione del carico assistenziale e per il monitoraggio della performance dell'attività delle UU.OO.

OBIETTIVI

1. valutare la complessità della casistica dei pazienti ricoverati nelle ICU della Regione Marche;
2. valutare il carico assistenziale nelle ICU della Regione Marche;
3. valutare la performance e l'appropriatezza delle ICU della Regione Marche nella gestione dei pazienti ricoverati e nell'utilizzo delle risorse.

MATERIALI E METODI

La complessità della casistica dei pazienti ricoverati nelle ICU della Regione Marche, la valutazione del carico assistenziale e la valutazione della performance e dell'appropriatezza nella gestione dei pazienti e nell'utilizzo delle risorse saranno effettuate mediante uno studio osservazionale prospettico condotto in tutte le ICU della Regione Marche (ASUR, AOU Ospedali Riuniti di Ancona e AO Marche Nord).

1. Popolazione in Studio

Saranno oggetto dello studio tutti i pazienti ammessi nelle ICU della Regione Marche, con esclusione della SOD UTIP di AOU, arruolati consecutivamente a partire dal 1 novembre 2015 al 30 giugno 2016; nello specifico lo studio prevederà due fasi: fase pilota dal 1 novembre al 31 dicembre 2015 e fase attuativa dal 1 gennaio al 30 giugno 2016.

2. Variabili oggetto dello studio

Verranno raccolte variabili relative alla casistica dei pazienti ricoverati, al carico assistenziale e variabili di performance e di appropriatezza della UO, di seguito elencate:

1. numero di registro interno di rianimazione, iniziali del nome e del cognome, data di nascita e sesso dei pazienti ricoverati nel mese di osservazione;
2. punteggio Nine Equivalents of Nursing Manpower Score (NEMS) (Allegato 1): tale punteggio verrà rilevato una sola volta a settimana, nella giornata di giovedì alle ore 10 del mattino secondo la scala allegata. Il punteggio, inserito nella casella alla lettera A della scheda di rilevazione (una casella per ogni giovedì del mese), corrisponde al valore medio dello score calcolato sui pazienti ricoverati nella giornata di rilevazione;
3. Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score: la rilevazione di tale score dovrà essere effettuata per ciascun paziente una sola volta entro 24 ore dall'ammissione;
4. punteggio Simplified Acute Physiology Score (SAPS II): la rilevazione del punteggio dovrà essere effettuata per ciascun paziente una sola volta entro 24 ore dall'ammissione;
5. indice di complessità terapeutica (Iapichino G., 2001): la rilevazione di tale indice verrà effettuata per ciascun paziente una sola volta entro 24 ore dall'ammissione;
6. numero dei pazienti ricoverati in conseguenza di interventi chirurgici nel mese di rilevazione, ovvero di pazienti ammessi in terapia intensiva o in preparazione o in conseguenza di intervento chirurgico entro 24 ore dall'effettuazione dello stesso
7. data di inizio osservazione nel mese di rilevazione, intesa come il primo giorno all'interno del mese in esame in cui il paziente è presente sul posto letto (se il paziente è stato ricoverato nel mese precedente a quello di rilevazione, questa data coincide con il primo giorno del mese di rilevazione);
8. data di fine osservazione nel mese di rilevazione, intesa come l'ultimo giorno all'interno del mese in esame in cui il paziente è presente sul posto letto (se il paziente è ancora presente e non verrà dimesso nel mese di rilevazione, questa data coincide con l'ultimo giorno del mese di rilevazione);
9. giorni di degenza totali del ricovero, calcolati manualmente dalla data di ammissione alla data di dimissione/trasferimento dall'UTI (il primo e l'ultimo giorno di permanenza in UO fanno parte dei giorni di degenza);
10. tasso occupazione dei posti letto nel mese di rilevazione, calcolato come rapporto percentuale tra il numero delle giornate di degenza totali (GD) e il numero dei posti letto autorizzati (PL) moltiplicato per i giorni considerati (GG), [Tasso di occupazione = $(GD/PL \times GG) \times 100$];
11. numero di giornate di "ricovero prolungato cumulate", calcolata come somma delle giornate di degenza oltre la dimissibilità dei pazienti ricoverati nel mese di rilevazione;
12. numero delle riammissioni precoci entro 48 ore in terapia intensiva nel mese di rilevazione;
13. numero delle reintubazione durante la degenza.

3. Rilevatori, strumenti di rilevazione e invio dati

Ciascuna UTI partecipante allo studio nominerà un referente che si occuperà della rilevazione e dell'invio mensile dei dati.

La raccolta dei dati dovrà essere effettuata mediante la scheda di rilevazione appositamente predisposta (Allegato 2) che dovrà essere inviata al Coordinatore dello Studio, Dr. Massimo

Palazzo, mezzo mail al seguente indirizzo di posta elettronica: massimo.palazzo@sanita.marche.it; entro il 5 del mese successivo al mese di rilevazione dai referenti delle UU.OO. per lo studio. Nel corso del mese di dicembre i referenti saranno convocati per un confronto sulla raccolta dati nel periodo relativo alla fase pilota.

4. Privacy

I dati verranno raccolti in forma anonima e trattati con mezzi informatici nel rispetto della normativa vigente, ai sensi del Codice della Privacy, D.Lgs. 196/2003.

BIBLIOGRAFIA

1. Boffelli S, Pegoraro M, Bertolini G. Progetto ToDo- Anno 2005, Rapporto Generale. Disponibile all'indirizzo: <http://www.giviti.marionegri.it/Download%5CRapportoToDo.pdf>
2. Decreto Ministeriale 70, 02/04/2015
3. DGR 1345/13: "Riordino delle reti Cliniche nella Regione Marche";
4. DGR 1219/14: "Modifica della deliberazione n. 1345 del 30/09/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n. 551 del 17/4/2013 concernente la definizione dei parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici del SSR"
5. Iapichino G. et al. Daily classification of the level of care. A method to describe clinical course of illness, use of resources and quality of intensive care assistance. Intensive Care Medicine 27,131-6, 2001.

Allegato 1: NEMS

NEMS

Nine Equivalent of Nursing Manpower use Score

Attività	Descrizione	Punteggio
Monitoraggio di base	Parametri vitali orari, calcolo e registrazione regolare del bilancio idrico	9
Farmaci endovenosi	Somministrazione continua o in bolo escluso i farmaci vasoattivi	6
Supporto ventilatorio	Qualsiasi metodo di ventilazione meccanica/assistita con o senza PEEP (es CPAP) con o senza bloccanti neuromuscolari	12
Assistenza ventilatoria supplementare	Respirazione spontanea con tubo a T; supplementazione di Ossigeno	3
Singolo farmaco vasoattivo	Qualsiasi farmaco vasoattivo	7
Farmaci multipli vasoattivi	Più di un farmaco vasoattivo indipendentemente dal dosaggio e dal tipo	12
Tecniche dialitiche	Tutte	6
Interventi specifici in ICU	Come intubazione, posizionamento PM, cardioversione, endoscopia, interventi in emergenza nelle 24 ore precedenti, gastrolusi. L'intervento procedura è correlata alla gravità della malattia e determina una maggiore richiesta di risorse umane in ICU. Non sono inclusi gli interventi di routine come ecocardiografia, indagini radiologiche, ECG, medicazioni, posizionamento di cateteri arteriosi o venosi	5
Interventi specifici fuori dall'ICU	Come interventi o procedure diagnostiche. L'intervento/procedura è correlato alla severità della malattia del paziente e determina un'ulteriore richiesta di lavoro in ICU	6

Allegato 2: scheda di rilevazione dati

[illegible]

DEGREE OF COMPLEXITY		
baseline study 1		also study 10
10	monothetic test	
100	monothetic variables in single equations / verification not needed	multivariate baseline regressive equation
		multivariate regression
100	few sample correlation monothetic variables	multivariate baseline regression
100	few data	multivariate sample regression
1	significant correlation in multiple equations / verification not needed	multivariate baseline regression
		multivariate regression
1	sample correlation monothetic variables	multivariate regression
		multivariate regression
1	sample data	multivariate regression
		multivariate regression
No reference Case Studies 27, 130-4, 2004		multivariate regression
Only classification of the level of study. A method to describe clinical course of disease, use of resources and quality of internal case evidence.		multivariate regression



Al.
Rett.
L. 10/10/14
Al. 10

DIRETTORE GENERALE

Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
70010 Reggiano ASUR ANCONA

0023953 30/10/2014

ASUR DG P

Ai Direttori di Area Vasta
Ai Direttori Dipartimento Emergenza e Accettazione
Ai Direttori delle UOC di Anestesia e Rianimazione
Ai Direttori Medici di Presidio Ospedaliero

E, p.c.

Al Dott. Paolo Galassi
Direttore Generale AOU Ospedali Riuniti di Ancona

Al Dott. Aldo Ricci
Direttore Generale
Azienda Ospedali Marche Nord

Al Dott. Giuseppe Zuccatelli
Direttore Generale INRCA

Al Dott. Piero Ciccarelli
Dirigente Servizio Sanità
Regione Marche

Loro sedi

Oggetto: Attuazione DGR 1345/2013

Con riferimento all'oggetto, come concordato nell'incontro del Coordinamento degli Enti del SSR nella seduta del 17 ottobre u.s., si trasmette per l'avvio il protocollo sottoscritto dalle Direzioni Sanitarie delle aziende del SSR, con le modalità in esso descritte, a partire dal 1° Novembre 2014.

Il protocollo è il risultato del Tavolo tecnico dei Direttori delle SOD di Anestesia e Rianimazione, dei quattro Direttori Sanitari e dell'Azienda Sanitaria Regionale i cui contenuti sono stati condivisi e approvati dal Coordinamento degli Enti negli incontri del 25/06/2014 e 8/07/2014.

Si individuano i Direttori di Dipartimento di Emergenza e Accettazione, i Direttori delle UOC di Anestesia e Rianimazione ed i Direttori Medici di Presidio di ciascuna Area Vasta di definire formalmente le modalità operative di applicazione del protocollo stesso e di darne opportuna informazione al personale interessato.

Ad ogni buon fine si allega inoltre la Determina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona di avvio del protocollo in oggetto

Distinti saluti.

Il Direttore Generale
Dr. Gianni Ganga

DETERMINA DEL DIRETTORE
GENERALE

N. S37/DG DEL 23 OTT. 2014

Oggetto: DGR 1345/2013 "Riordino delle reti cliniche della Regione Marche" – attuazione Rete Anestesia e Rianimazione

IL DIRETTORE
GENERALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, per quanto di rispettiva competenza;

- D E T E R M I N A -

1. Approvare il protocollo sottoscritto dalle Direzioni Sanitarie delle Aziende del SSR, che si allega al presente atto quale parte integrante e sostanziale, in esecuzione della DGR Marche n. 1345 del 30/9/2013, relativamente alla disciplina di Anestesia e Rianimazione.
2. Disporre l'avvio del protocollo predetto, con le modalità in esso descritte, a partire dal 1° novembre 2014.
3. Dare mandato al Prof. Paolo Pelaia – Direttore Dipartimento di Emergenza e Accettazione – di provvedere ad avviare quanto previsto nel protocollo di che trattasi, nei tempi e nei modi in esso stabiliti.
4. Dare atto che quanto disposto ai precedenti punti non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda.

5. Dare atto che la presente determina non è soggetta al controllo della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i. e diventerà esecutiva dalla data di pubblicazione all'albo pretorio dell'Azienda (art. 28, comma 6, L.R. 26/96 e s.m.i.)".
6. Trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art.17 della L.R. 26/96 e s.m.i.

Il Direttore della SO Affari Generali attesta la regolarità del presente atto e ne certifica la conformità alle disposizioni vigenti.

IL DIRETTORE
SO AFFARI GENERALI
(Dott.ssa Donatella Amodio)

IL DIRETTORE GENERALE
(Paolo Galassi)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Matteo Biraschi)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Nadia Storti)

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

(S.O. Affari Generali)

Premesso che la Giunta Regionale con deliberazione n. 1345 del 30/09/2013 avente ad oggetto "Riordino delle reti cliniche della Regione Marche" ha stabilito, tra l'altro, quanto segue:

- a) di riorganizzare l'offerta sanitaria regionale attraverso il riordino delle reti cliniche come da documento allegato alla medesima deliberazione;
- b) di stabilire che tale riorganizzazione verrà conclusa nell'ambito del periodo di vigenza del PSSR 2012-2014;
- c) di incaricare il Coordinatore degli Enti del SSR di effettuare, con cadenza annuale, il monitoraggio sullo stato di applicazione della delibera stessa al fine di proporre le modifiche e/o implementazioni che si rendessero necessarie;

Richiamata la determina n. 724/DG del 30/12/2013 con la quale:

- si è preso atto di quanto disposto dalla Giunta Regionale delle Marche con deliberazione la richiamata DGR n. 1345 del 30/9/2013;
- si è dato atto che il percorso diagnostico terapeutico nell'ambito delle reti cliniche è stato avviato con nota prot. n. 51108 del 15/11/2013 a firma del Presidente del Coordinamento degli Enti del SSR.

Preso atto del protocollo sottoscritto dai Direttori Sanitari delle Aziende, che in attuazione alla richiamata DGRM n. 1345/2013, su mandato del Coordinamento degli Enti del SSR (di cui alla DGR Marche n. 1823/2012), supportati dall'Agenzia Regionale Sanitaria, in data 17 ottobre u.s., hanno incontrato i direttori delle varie SOD di Anestesia e Rianimazione condividendo quanto di seguito riportato:

1) Sono stati individuati (allegato 1)

- I principali percorsi per i quali si rende necessaria la centralizzazione del paziente
- I percorsi clinici per i quali è necessario uno standard e una implementazione.
- I criteri da definire per il Back Transfer del paziente stabilizzato.
- Gli obiettivi di miglioramento

2) Successivamente, sono state scelte le priorità da avviare (allegato 2)

- Utilizzo in rete di posti letto della Terapia Intensiva.
- Criteri di centralizzazione e delocalizzazione del paziente.
- Implementazione del Trauma maggiore e teleconsulto.
- Implementazione della Terapia del dolore.
- Integrazione Terapia Intensiva/UTIC

3) È stato concordato di procedere nell'immediato con:

- Attivazione di un posto letto/die in area geograficamente intesa a disposizione del DEA di 2° livello.
- Avvio di studio sull'utilizzo appropriato ed omogeneo della Terapia Intensiva. Lo sviluppo del progetto, la realizzazione della scheda di monitoraggio è demandata al Prof. Pelaia.
- Implementazione del teleconsulto.

Preso atto, inoltre, che i contenuti del predetto protocollo sono stati condivisi e approvati dal Coordinamento degli Enti del SSR negli incontri del 25/6/2014 e 8/7/2014;

Si propone l'adozione di apposita determina, al fine di:

- Approvare il protocollo sottoscritto dalle Direzioni Sanitarie delle Aziende del SSR, che si allega al presente atto quale parte integrante e sostanziale, in esecuzione della DGR Marche n. 1345 del 30/9/2013, relativamente alla disciplina di Anestesia e Rianimazione;
- Disporre l'avvio del protocollo predetto, con le modalità in esso descritte, a partire dal 1° novembre 2014;
- Dare mandato al Prof. Paolo Pelaia – Direttore Dipartimento di Emergenza e Accettazione – di provvedere ad avviare quanto previsto nel protocollo di che trattasi, nei tempi e nei modi in esso stabiliti;
- Dare atto che quanto disposto ai precedenti punti non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda.

L'Addetto all'Istruttoria
Sig.ra Simona Cecati

Il Responsabile del Procedimento
Dott.ssa Donatella Amodio

- ALLEGATI -
Protocollo



Reti cliniche DGR 1345/2013

Anestesia e Rianimazione

In attuazione alla DGR 1345/2013, su mandato del coordinamento della Direzione Generale (DGR n. 1823/2012) i Direttori Sanitari delle Aziende, supportati dall'Agenzia regionale Sanitaria, hanno incontrato i direttori delle varie SOD di Anestesia e Rianimazione condividendo quanto di seguito riportato.

Sono stati individuati (allegato 1)

- I principali percorsi per i quali si rende necessaria la centralizzazione del paziente
- I percorsi clinici per i quali è necessario uno standard e una implementazione.
- I criteri da definire per il Back Transfer del paziente stabilizzato.
- Gli obiettivi di miglioramento.

Successivamente sono state scelte le priorità da avviare (allegato2)

- Utilizzo in rete di posti letto della Terapia Intensiva.
- Criteri di centralizzazione e delocalizzazione del paziente.
- Implementazione del Trauma maggiore e teleconsulto.
- Implementazione della Terapia del dolore.
- Integrazione Terapia Intensiva/UTIC.

Si è stato concordato di procedere nell'immediato con:

- Attivazione di un posto letto/die in area geograficamente intesa a disposizione del DEA di 2° livello.
- Avvio di studio sull'utilizzo appropriato ed omogeneo della Terapia Intensiva. Lo sviluppo del progetto, la realizzazione della scheda di monitoraggio è demandata al Prof. Pelaja.
- Implementazione del teleconsulto.

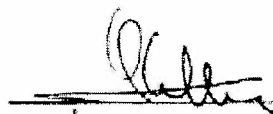
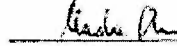
Le attività di cui sopra possono essere avviate da subito, si trasmette pertanto il presente documento alle Direzioni Generali per i provvedimenti di competenza.

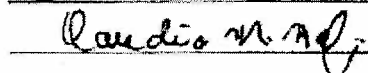
ASUR: Dott. Alessandro Marini

Ospedali Riuniti: Dott.ssa Nadia Storti

Ospedali Marche Nord: Dott.ssa Maria Teresa Montella

INRCA: Dott. Claudio Maria Maffei



MODELLO SINTETICO PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE "Anestesia e Rianimazione"

- **Principali Percorsi per la Centralizzazione da standardizzare e implementare:**

- 1) Trauma Maggiore (attivazione del teleconsulto tra l'AOR sede del DEA di 2° livello e Presidio unico di Area Vasta)
- 2) Gestione del paziente neurochirurgico (integrato alla rete neurochirurgica) : ulteriore condivisione dopo la discussione nell'ambito della rete Neurologica-Neurochirurgica)
- 3) Gestione del paziente cardiocirurgico (integrato alla rete cardiologica-cardiocirurgica) ulteriore condivisione dopo la discussione nell'ambito della rete Cardiologica-Cardiocirurgica
- 4) Gestione del paziente con problemi vascolari chirurgici (integrato con la rete vascolare) ulteriore condivisione dopo la discussione nell'ambito della rete della Chirurgia vascolare.

- **Percorsi clinici da standardizzare e implementare**

- 1) Criteri di ammissione nelle Terapie Intensive
- 2) Criteri di dimissione nelle Terapie Intensive
- 3) Gestione del paziente in stato settico
- 4) Gestione dell'arresto cardiaco.
- 5) Strutture di Area Vasta polivalenti con implementazione di una specializzazione per macroarea.
- 6) Parto - analgesia ; da condividere dopo la discussione nell'ambito della rete Ostetricie e Ginecologia
- 7) Terapia del dolore: è stato istituito uno specifico tavolo regionale in base alla DGR 645/2013, che verrà integrato con i lavori della presente rete.

- **Indicazioni operative per il "Back Transfer" del paziente stabilizzato:**

- 1) Condivisione tra Hub e Spoke dei criteri di delocalizzazione (back transfer) ; messa a disposizione di almeno 1 letto di TI al giorno in ogni Area Vasta.
- 2) Costruzione percorsi a valle della Rianimazione all'interno dell'Ospedale spoke e sul territorio
- 3) Informatizzazione comune di tutte le strutture della rete, comprensiva del monitoraggio dei posti letto e della cartella clinica.

(I direttori presenti all'incontro faranno avere al tavolo dei direttori sanitari d'Azienda i criteri condivisi)

- **Obiettivi di miglioramento da definire tramite benchmarking**

- 1) Esiti: Indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE), ricoveri ripetuti etc.....
- 2) Efficienza: Degenza media, tasso di occupazione,
- 3) Appropriatezza: utilizzo post-intervento , etc.....

- 4) Centralizzazione traumi maggiori:
- 5) Economicità: costi per beni sanitari, farmaci, etc.....

(I direttori presenti all'incontro faranno avere al tavolo dei direttori sanitari d'Azienda gli obiettivi e gli indicatori condivisi)

- **Indicatori da utilizzare per il monitoraggio e la valutazione della Rete**

RETE ANESTESIA RIANIMAZIONE

- Criteri di centralizzazione e delocalizzazione pazienti
- 1posto letto per AV geograficamente intesa (AV4+5) a disposizione del DEA 2° livello
- Trauma maggiore e teleconsulto
- Terapia del dolore
- Integrazione UTI/UTIC

SINTESI RETI CLINICHE 2° FASE

1. POSTO LETTO AL GIORNO PER AREA GEOGRAFICAMENTE INTESA A DISPOSIZIONE DEL DEA 2° LIVELLO
2. CRITERI DI CENTRALIZZAZIONE E DELOCALIZZAZIONE PAZIENTI
3. TRAUMA MAGGIORE E TELECONSULTO
4. TERAPIA DEL DOLORE
5. INTEGRAZIONE UTI/UTIC

SINTESI RETI CLINICHE 3° FASE

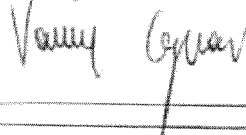
1. AV1 (AMN, Urbino, Fano); AV2 (Fabriano, Senigallia, Jesi) ; AV3 (Camerino, Macerata, Civitanova) ; AV4-AV5 (San Benedetto, Ascoli Piceno, Fermo). Per ogni area così individuata ci sono 3 strutture eroganti che insieme, alternativamente, mettono a disposizione 1 posto letto giornaliero, per la delocalizzazione del DEA 2° livello con modalità che verranno concordate internamente alle singole Aziende. La disponibilità del posto letto sarà per una fascia oraria (indicativamente fino alle ore 12) poi ritorna a disposizione della struttura. Al fine di facilitare tale sistema si ritiene necessario riattivare il vecchio sistema informatico di monitoraggio dei posti letto di TI regionali. A tal fine il DS dell'ASUR e la dott.ssa Di Furia hanno individuato nelle persone di Luigi Lella e David Barchiesi le persone che andranno ad approfondire e sviluppare il sistema.
2. Al fine di avere un utilizzo appropriato ed omogeneo in tutte le TI verrà fatto uno studio in una giornata campione (da estendere o meno a seconda della significatività) sulle caratteristiche dei pazienti ricoverati. Lo sviluppo del progetto, la realizzazione della scheda di monitoraggio e la valutazione dei risultati avrà come referente il prof. Pelaia
3. Il direttore della centrale operativa 118 dell'AOR ha inviato i dati relativi all'utilizzo del teleconsulto e la dott.ssa Sisti ha fornito indicazioni circa il sistema acquisito dalla gara ASUR e il suo imminente utilizzo da parte di tutte le strutture aziendali
4. La bozza della DGR relativa la terapia del dolore sarà inviata, per una valutazione, agli anestesisti e rianimatori della rete prima della formalizzazione, in essa è prevista, sulla base delle indicazioni fornite dalla L.38/2010 e accordo Stato Regioni del 25/07/2012 la realizzazione di un sistema Hub & Spoke dove l'Hub è il Centro ospedaliero del dolore e gli spoke comprendono le attività ambulatoriali nei presidi di AV e il coinvolgimento dei MMG

Conclusioni : operativo da subito

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La determina n. 534/DG del 23 OTT. 2014 viene pubblicata all'Albo Pretorio Informatico dell'Azienda Ospedaliera "Azienda Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" il 23 OTT. 2014 ai sensi dell'art. 32, c. 1, Legge n. 69/2009, ove rimarrà per 15 giorni consecutivi.

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

**COLLEGIO SINDACALE**

La presente determina è stata inviata al Collegio Sindacale con nota n. 45392 del 23 OTT. 2014.

REGIONE MARCHE

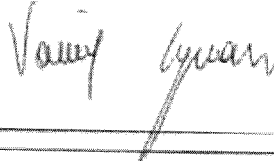
La presente determina, soggetta a controllo preventivo ai sensi dell'art. 28 della L.R. n. 26/1996 e s.m.i., è stata inviata alla Giunta Regionale delle Marche con nota n. _____ del _____ e da questa ricevuta in data _____.

ESECUTIVITA'

La presente determina:

- ☒ è stata dichiarata esecutiva ai sensi dell'art. 28, sesto comma, della L.R. n. 26/1996 e s.m.i.
- ☐ è stata (approvata/annullata parzialmente/annullata) dalla Giunta Regionale delle Marche con deliberazione n. _____ del _____.

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

**CERTIFICATO DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE**

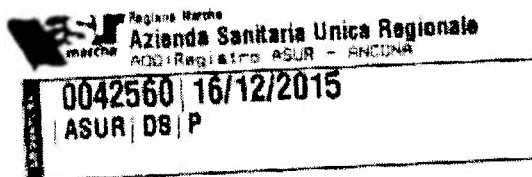
La presente copia composta da n. _____ pagine è conforme all'originale esistente agli atti di questa Azienda Ospedaliera.

Ancona, _____

IL DIRIGENTE RESPONSABILE



ALL. (P)
ALLEGATO 11 ALLA
DETERMINA N. 316/SC
DEL 24 DIC. 2015



Al Direttore Generale ASUR
Dr. Alessandro Marini

Al Direttore Sanitario ASUR
Dr.ssa Nadia Storti

OGGETTO: trasmissione documento conclusivo Gruppo Riorganizzazione della continuità assistenziale ASUR.

Si trasmette, allegato alla presente, il documento conclusivo del Gruppo di Miglioramento in oggetto: "Protocollo di interazione sistema 118 - continuità assistenziale".

Cordiali saluti,

Dr.ssa Elisa Draghi

REGIONE MARCHE - A.S.U.R.

"Tavolo tecnico per l'attuazione della DGRM 735/13 sulla Continuità Assistenziale"

Documento finale:

PROTOCOLLO DI INTERAZIONE SISTEMA 118 - CONTINUITA' ASSISTENZIALE

1. FINALITA' DEL PROTOCOLLO DI INTERAZIONE 118 - C.A.

- ✓ Attuazione di quanto previsto da leggi, accordi, DGRM o altro in tema di interazione sistema 118 e Continuità Assistenziale;
- ✓ Uniformità dell'organizzazione, delle procedure, dei comportamenti in tema di interazione sistema 118 e Continuità Assistenziale nella Regione Marche;
- ✓ Ottimizzazione degli interventi e riduzione dei tempi di attesa delle visite;
- ✓ Ottimizzazione della presa in carico delle chiamate sulla base di protocolli condivisi tra le strutture interessate;
- ✓ Monitoraggio corretto delle attività e assolvimento dei bisogni informativi previsti dal D.M 17/12/2008 mediante l'utilizzo delle dotazioni tecnologiche della Centrale Operativa territoriale 118 da parte della Continuità Assistenziale.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

- ✓ Atto d'Intesa Stato-Regioni 11/04/1996: Linee Guida sul Sistema di Emergenza Sanitaria;
- ✓ Legge Regionale n°36 del 30 ottobre 1998 "Sistema di emergenza sanitaria";
- ✓ Legge Regionale n° 13 del 10 Giugno 2008, "Gestione del trasporto sanitario modificazioni ed integrazioni alla legge regionale 30 Ottobre 1998 n°36 sistema di emergenza sanitaria" e ss.mm.ii; (Legge Regionale n° 6 dell'11 Aprile 2011 " Criteri gestione del trasporto sanitario modifiche ed integrazioni alla legge regionale 30 Ottobre 1998 n°36 Sistema di emergenza sanitaria"; Legge Regionale n°17 del 9 Luglio 2013 "Modifiche alla legge regionale 30 Ottobre 1998 n°36 Sistema di emergenza sanitaria");
- ✓ Accordo Stato Regioni, Integrazione Accordo 20.04.11, Rep. Atti 84/CSR;
- ✓ DGRM 735/13 del 20/5/2013 "Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, riconversione delle piccole strutture ospedaliere e riorganizzazione della rete territoriale della emergenza-urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012";
- ✓ Conferenza Stato Regioni del 07.02.13, "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema emergenza urgenza in rapporto alla Continuità Assistenziale";
- ✓ Delibera n°8/15/CIR dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni, "Adozione del nuovo piano di numerazione nel settore delle telecomunicazioni e disciplina attuativa, che modifica ed integra il piano di numerazione di cui alla delibera n°52/12/CIR";
- ✓ ACN 2009;
- ✓ AIR Regione Marche del 02/06/2007.

3. STRUTTURE E FUNZIONI INTERESSATE DAL PROTOCOLLO DI INTERAZIONE 118 - C.A.

- ✓ Centrali Operative territoriali 118 delle Marche: Pesaro soccorso (AV1) - Ancona Soccorso (AV2) - Macerata Soccorso (AV3) - Piceno Soccorso (AV4-AV5)
- ✓ Centrali di coordinamento Continuità Assistenziale (CCA) allocate presso le Centrali Operative territoriali 118. Il responsabile della CCA è individuato dal Direttore di Distretto presso il quale insiste la CO 118 sede della stessa CCA fra i Dirigenti Medici dei Distretti dell'Area Vasta.
 - CCA Pesaro (AV1)
 - CCA Ancona (AV2)
 - CCA Macerata (AV3)
 - CCA Ascoli Piceno (AV4-AV5)
- ✓ Distretti Sanitari delle Marche e rete delle postazioni di Continuità Assistenziale:
 - AREA VASTA 1 (Distretti di Urbino - Pesaro - Fano)
 - AREA VASTA 2 (Distretti di Senigallia - Jesi - Fabriano - Ancona)
 - AREA VASTA 3 (Distretti di Civitanova - Macerata - Camerino)
 - AREA VASTA 4 (Distretto di Fermo)
 - AREA VASTA 5 (Distretti di San Benedetto del Tronto - Ascoli Piceno)
- ✓ Coordinatori di sede/funzione di ogni CCA (articolo 29 AIR Marche):
 - Coordinatore di sede/funzione CCA Pesaro
 - Coordinatore di sede/funzione CCA Ancona
 - Coordinatore di sede/funzione CCA Macerata
 - Coordinatore di sede/funzione CCA Piceno Soccorso

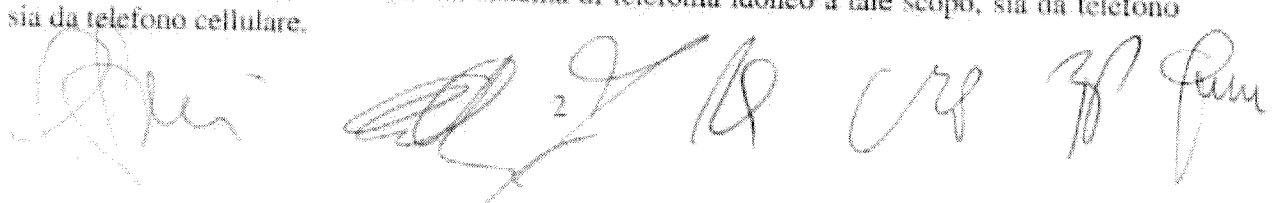
4. ORGANIZZAZIONE DELLA CCA

COMUNICAZIONI E TELEFONIA

Nella Regione Marche le CCA sono allocate presso le quattro Centrali Operative territoriali 118. Le CCA utilizzano lo stesso apparato logistico e tecnologico della Centrale Operativa 118 e la competenza di tali apparati, compresa la manutenzione, viene mantenuta nella stessa forma adottata fino all'attivazione del presente protocollo e comunque ricade nell'ambito di gestione degli apparati della CO 118.

Nella Regione Marche l'accesso al servizio di C.A. avviene attraverso un numero telefonico UNICO che verrà stabilito dalla Regione Marche anche per quanto riguarda disposizioni intermedie o temporanee con numeri e modalità diversi per ogni Area Vasta (le scelte dovranno essere compatibili con il cronoprogramma dell'attivazione del numero unico europeo delle Urgenze 112 e delle Non Urgenze 116117). Il Gruppo di lavoro indica la necessità di definire ulteriormente l'argomento successivamente, secondo gli sviluppi del cronoprogramma sopra citato.

Con la composizione del numero UNICO, l'utente si collega direttamente alla CCA di competenza del territorio da cui chiama, attraverso un sistema di telefonia idoneo a tale scopo, sia da telefono fisso sia da telefono cellulare.



Ogni postazione della rete della Continuità Assistenziale deve disporre dei seguenti apparati di comunicazione:

- ✓ una linea dedicata al collegamento con la CCA/CO118;
- ✓ una linea di telefono fisso abilitata a chiamate esterne per postazione e almeno una seconda linea nelle postazioni in cui operano più medici
- ✓ un telefono cellulare di servizio (per ogni turno medico).

Nei giorni e negli orari in cui la CCA non è attiva, in caso di chiamata al numero UNICO, un risponditore automatico avvisa la chiusura della CCA e a chi rivolgersi in caso di necessità.

SOFTWARE DI CENTRALE, BISOGNI INFORMATIVI

È necessaria una postazione pc (hardware e software) in ogni postazione di CA sul territorio. Tale postazione a regime lavorerà in rete con il software di CCA.

La CCA utilizza il software della CO118 per la telefonia e per la registrazione delle comunicazioni con la centrale stessa.

Nei sistemi deve essere possibile l'estrazione dei dati relativi alle chiamate della CCA (oltre a quelle della CO118).

I responsabili della gestione dei bisogni informativi, previsti dal D.M. 17/12/2008, sono stati individuati con decreto del dirigente del PF "Assistenza Ospedaliera, emergenza-urgenza, ricerca e formazione" n°34 /RAO del 3/10/2013.

All'avvio delle CCA, nell'atto del Servizio Salute di cui sopra, deve essere integrata la funzione dei Responsabili delle CCA (Direttori di Distretto) come responsabili dei contenuti dei flussi informativi delle rispettive CCA.

L'eventuale acquisizione di un nuovo software di CO118 deve tenere conto anche della gestione delle chiamate per la CA.

LOGISTICA

In ogni CO 118 vengono predisposte almeno due postazioni telefonia/pc dedicate, di norma in uno spazio dedicato separato dalle altre postazioni, destinate al medico e all'operatore della CCA.

Viene predisposto, inoltre, uno spazio dedicato al ristoro del personale medico della CCA in servizio, condiviso con quello del personale della CO 118.

ORARI DI ATTIVITA'

La CCA è attiva negli stessi orari della C.A.:
nelle ore notturne (20-8),
nei giorni festivi (8-20)
nei giorni prefestivi (10-20).

In occasione di Corsi di Formazione o eventi destinati ai MMG, festa patronale, ecc., fuori dagli orari ordinari riportati sopra, la CCA viene attivata a condizione che l'evento sia dimensionato almeno ad un Distretto Sanitario o ad un bacino di utenza di almeno 100.000 abitanti o comunque per disposizione del Direttore di Distretto su cui insiste la CCA.

 3

Il responsabile della CCA comunicherà tempestivamente al Direttore della CO118 l'attivazione della CCA fuori dell'ordinario insieme alla turnistica del personale di CCA.

PERSONALE

Nella CCA, negli orari in cui è attiva, è presente ed opera un medico incaricato per la CA dell'Area Vasta sede della CCA/CO118 di riferimento ("medico di CCA").

Alla funzione di medico di CCA si accede con graduatoria di specifico bando.

I turni dei medici della CCA vengono predisposti dal coordinatore di sede (art.29 AIR Marche) della CCA e approvati dal responsabile della CCA che li trasmette al Direttore della CO118 mensilmente.

Il reperibile viene individuato preferibilmente tra gli incaricati della CCA. Il calendario della reperibilità segue lo stesso iter della turnazione di servizio. Il Distretto competente può istituire un elenco di reperibili (art.35 AIR Marche).

Per il medico che svolge la funzione di medico di CCA è previsto un percorso formativo obbligatorio che consiste in:

- ✓ corso di formazione ECM di 8 ore in orario di servizio/formazione "Conoscenza e utilizzo del software e dei protocolli operativi nella CCA/CO118"; il corso viene organizzato, all'occorrenza, dai responsabili della CCA e della CO118;
- ✓ periodo di affiancamento pari a 24 ore in orario di servizio/formazione in compresenza con altro medico di CCA (tutor) individuato dal responsabile della CCA; l'affiancamento viene convalidato da firme di presenza del medico e controfirmate dal tutor e da giudizio finale di idoneità redatto e firmato dal tutor (modulistica a cura del Direttore di Distretto responsabile della CCA).

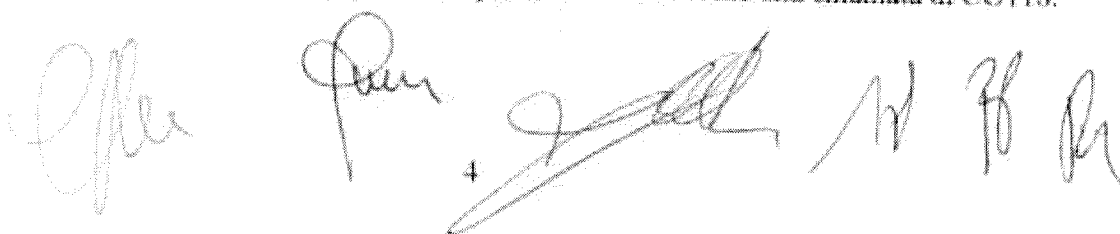
Il resto del personale operante nella CCA (infermieristico e tecnico) appartiene alla CO 118 di competenza e opererà secondo le modalità stabilite dal presente protocollo.

5. MODALITA' OPERATIVE DELLA CCA

- a) Alla chiamata, che giunge attraverso il numero telefonico UNICO, risponde di norma in prima battuta il medico della CCA se non occupato in altra conversazione di servizio.
- b) Se il medico di CCA è impegnato in conversazione di servizio o temporaneamente fuori postazione, la chiamata viene presa da un operatore di CCA.

Se la chiamata è di competenza della CCA e il medico non può rispondere, l'operatore raccoglie i dati anagrafici e telefonici e comunica all'utente che sarà richiamato a breve dal medico di CCA. Se le chiamate in attesa per la CCA sono più di 3, l'operatore può passare la telefonata alla postazione di CA competente per territorio.

Se la chiamata non è di competenza della CCA l'operatore la tratta come una chiamata di CO118.



c) Il medico di CCA, dalle prime fasi dell'intervista, valuta se mantenere la chiamata nella gestione della CCA oppure deviarla tempestivamente all'operatore della CO118. Nel caso di deviazione della chiamata al 118 il medico compila la scheda informatica.

d) Nel caso di chiamata giunta attraverso il numero 118 e di competenza della CCA, l'operatore della CO118 compila la scheda informatica di CO118 e la chiude come attivazione CA.

e) Nel caso di **consiglio telefonico** il medico della CCA evade autonomamente la chiamata, compilando la relativa scheda informatica.

f) Quando ritenuto possibile e utile, il medico di CCA invita il paziente, o chi per lui o con lui, a **raggiungere il più vicino ambulatorio di CA** indicando l'ubicazione; compila la scheda informatica.

g) Quando ritiene necessaria una **visita domiciliare e in tutti i casi in cui il medico lo ritiene opportuno**, il Medico della CCA trasferisce la chiamata alla postazione di CA di competenza. Se questi è impegnato in altro intervento, si riserva di far richiamare l'utente appena il medico competente per territorio sarà disponibile, sempre su linea registrata. Compila la scheda informatica.

h) In caso di emergenza, se non è stato già fatto prima, **passa la chiamata all'operatore CO118**. Compila la scheda informatica.

i) A visita terminata, il medico che la effettua riporta le informazioni ricevute sulla scheda informatica e chiude l'intervento.

j) In caso di controversie la decisione spetta al Medico della Centrale Operativa 118.

In merito alle modalità organizzative, dopo ampia discussione, il tavolo tecnico considera indispensabile la presenza del medico in CCA e propone, almeno per una fase sperimentale della durata di mesi 6 (sei), il modello che prevede la presenza continua e contemporanea di un medico di C.A. e di un operatore tecnico.

Con il parere favorevole dei rispettivi direttori di CO118 e direttori di distretto, il gruppo propone una fase sperimentale della durata di 6 mesi così articolata nei territori delle 4 Centrali Operative:

CO118/CCA Pesaro: Distretto n. 1 Pesaro

CO118/CCA Ancona: Distretto n. 4 Senigallia-n°7 Ancona

CO118/CCA Macerata: Area Vasta 3

CO118/CCA Ascoli Piceno: Area Vasta 5

Al termine della sperimentazione il gruppo tecnico, su richiesta dell'ASUR, proporrà gli eventuali aggiustamenti necessari per la gestione a regime di tutto il territorio regionale delle cinque Arce Vaste. Comunque dopo 3 mesi dall'inizio il gruppo tecnico valuterà l'andamento della sperimentazione salvo problematiche urgenti che dovessero sopravvenire.

I costi stimati per l'inizio della sperimentazione sono i seguenti

Ipotesi medico + operatore tecnico

COSTO MEDICO X CCA/ANNO	COSTO Operatore Tecnico X CCA/ANNO	COSTO TOTALE X CCA/ANNO	COSTO TOTALE REGIONALE X ANNO
€ 137.179,28 (*) + € 13.717(***)	€ 124.512,5 (**)	€ 261.691,78 + € 13.717(***)	€ 1.046.767,12 + € 54.868(***) TOT. € 1.101.635

(*) 5692 ore/anno a €23,69/ora + coordinatore di sede € 2335,80/anno

(**) 5692 ore/anno; 35.000 €/anno per unità, 36 ore settimanali per unità, 1600 ore/anno per unità; 21,875 €/ora, non considerata la turnistica.

(***) ENPAM

Nella stima dei costi va considerato che il personale medico rientra nella pianificazione della DGRM 735/13 e non deve essere sempre considerato un costo aggiuntivo. Ai costi aggiuntivi previsti per il personale (operatori tecnici che ammontano a € 498.050) vanno considerate le spese per la telefonia, il software e gli hardware.

6. REGOLAMENTAZIONI GENERALI

La Regione Marche e l'ASUR, secondo un cronoprogramma dalle stesse previsto, dispongono e coordinano una campagna informativa sulla popolazione finalizzata alla diffusione dell'utilizzo del numero unico per la C.A. nella Regione Marche.

Le revisioni previste a 3 e 6 mesi dovranno valutare in particolare la corrispondenza e la congruità qualitativa e quantitativa del servizio effettuato con le risorse umane, tecnologiche e logistiche disponibili nella CCA/CO118 per predisporre eventuali interventi correttivi che risultassero necessari.

L'attribuzione dei costi ai capitoli di bilancio non è considerata attività di competenza di questo tavolo tecnico.

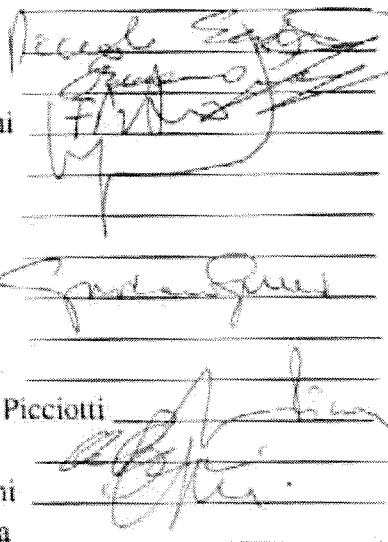
ALLEGATO A: proiezione del numero delle chiamate di CA /ora nelle fasce orarie giorno/notte per ogni CCA.

I dati riportati tengono conto:

- ✓ del flusso e della distribuzione oraria delle chiamate nel 2014 in un campione di 113.408 abitanti costituito dal Distretto di Ascoli Piceno attualmente gestito totalmente dalla CO118 Piceno Soccorso per quanto riguarda le chiamate di CA;
- ✓ del numero totale di chiamate per AV secondo quanto riportato nei dati FLS21 del 2014

Il presente documento è stato elaborato e condiviso dal "Tavolo tecnico per l'attuazione della DGRM 735/13 sulla Continuità Assistenziale" nominato con disposizione del 8 Aprile 2015 e costituito approvato da:

Direttore U.O.C. Pesaro Soccorso Dott. A. Bernardi
Direttore U.O.C. Ancona Soccorso Dott. R. Sestili
Direttore U.O.C. Macerata Soccorso Dott. E. Zamponi
Direttore U.O.C. Piceno Soccorso Dott. F.P. Postacchini
Direttore Distretto Urbino Dott. Romeo Magnoni
Direttore Distretto Pesaro Dott.ssa Lorena Mombello
Direttore Distretto Ancona Dott.ssa Patrizia Balzani
Direttore Distretto Jesi Dott. Giordano Grilli
Direttore FF Distretto Fermo Dott. Vincenzo Rea
Direttore Distretto Macerata Dott.ssa Donella Pezzola
Direttore di Distretto Ascoli Piceno Dott.ssa Giovanna Picciotti
Segretario Regionale FIMMG C.A. Dott. Aldo Tiberi
Vice segretario provinciale Ancona Dott. Gionata Togni
Segretario provinciale Pesaro-Urbino Dott. Gino Genga



Ancona, 29 Ottobre 2015

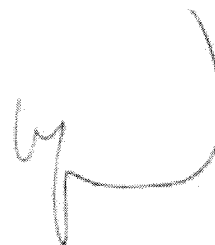
All'atto dell'avvio delle CCA, oltre alle Direzioni di AV, le strutture coinvolte nell'attivazione ed i relativi responsabili sono:

Pesaro Soccorso (Direttore Dott. A. Bernardi)
Ancona Soccorso (CO regionale, Direttore Dott. R. Sestili)
Macerata Soccorso (Direttore Dott. E. Zamponi)
Piceno Soccorso (Direttore Dott. F.P. Postacchini)

CCA Pesaro (Direttore Dott.ssa Lorena Mombello)
CCA Ancona (Direttore Dott.ssa Patrizia Balzani)
CCA Macerata (Direttore Dott.ssa Donella Pezzola)
CCA Ascoli Piceno (Direttore Dott.ssa Giovanna Picciotti)

AREA VASTA 1

Distretto di Urbino (Direttore Dott. Romeo Magnoni)
Distretto di Pesaro (Direttore Dott.ssa Lorena Mombello)
Distretto di Fano (Direttore Dott. Giovanni Guidi)



AREA VASTA 2

Distretto di Senigallia (Direttore Dott. Gilberto Gentili)
Distretto di Jesi (Direttore Dott. Giordano Grilli)
Distretto di Fabriano (Direttore Dott.ssa Giuseppina Masotti)
Distretto di Ancona (Direttore Dott.ssa Patrizia Balzani)

AREA VASTA 3

Distretto di Civitanova (Direttore Dott. Gianni Turchetti)
Distretto di Macerata (Direttore Dott.ssa Donella Pezzola)
Distretto di Camerino (Direttore Dott.ssa M.R. Paolini)

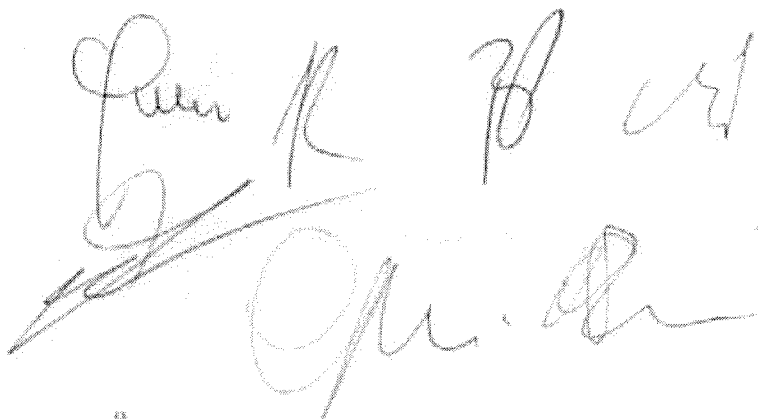
AREA VASTA 4

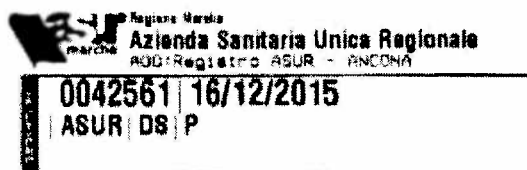
Distretto di Fermo (Direttore Dott. Vincenzo Rea)

AREA VASTA 5

Distretto di S.B. del Tronto (Direttore Dott.ssa M. T. Nespeca)
Distretto di Ascoli Piceno (Direttore Dott.ssa G. Picciotti)

I coordinatori di sede di ogni CCA saranno nominati come da procedura prevista.

The block contains several handwritten signatures and initials. At the top, there are four distinct marks that appear to be initials or short signatures, possibly reading 'Lun R 78 14'. Below these, there is a large, stylized signature that spans across the width of the block, and another signature below it on the right side.



Al Direttore Generale ASUR
Dr. Alessandro Marini

Al Direttore Sanitario ASUR
Dr.ssa Nadia Storti

OGGETTO: trasmissione documento tavolo dell'emergenza ASUR.

Si trasmette, allegato alla presente, il documento conclusivo del tavolo di lavoro Asur in oggetto: "Protocollo interazione equipaggio SET 118 e personale sanitario di pronto soccorso".

Cordiali saluti,

Dr.ssa Elisa Draghi

PROTOCOLLO INTERAZIONE EQUIPAGGIO SET118 e PERSONALE SANITARIO DI PRONTO SOCCORSO

Lo scopo del seguente documento è quello di predisporre una "*procedura*" Asur condivisa, che regolamenti ed omogenizzi le attività d'integrazione svolte dagli operatori che costituiscono gli equipaggi sanitari dell'Emergenza Territoriale 118 (MSA) durante le fasi di stand by con quelli dei Presidi Ospedalieri sede di **PPI Ospedalieri/Pronto Soccorso/DEA**.

L'equipaggio sanitario SET118 garantisce prioritariamente le richieste della Centrale Operativa 118.

Il personale addetto al SET118, all'interno del debito orario mensile, presta la propria attività nella turnazione del Pronto Soccorso.

L'equipaggio sanitario SET118 durante lo stand by opera nel rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici stabiliti dal Direttore del Pronto Soccorso, *compreso l'espletamento di turni di affiancamento prima di entrare in servizio attivo di collaborazione, ai fini della conoscenza di detti protocolli e delle modalità operative (10 i turni di affiancamento).*

E' prevista una collaborazione nelle seguenti fasce orarie:

mattino	8.30 – 13.50;
pomeriggio	14.30 – 19.50;
notte	20.30 – 01.00.

L'equipaggio sanitario SET118, al di fuori di tali fasce orarie, **continua** la collaborazione in caso di:

- ♦ richiesta motivata da iperafflusso di pazienti;
- ♦ assistenza a paziente critico non stabilizzato già assistito nella fase pre-ospedaliera dal medesimo equipaggio 118 già preso in carico dal personale sanitario PS/DEA e limitatamente alle fasi di stabilizzazione;

IL MEDICO SET118 durante lo stand by svolge:

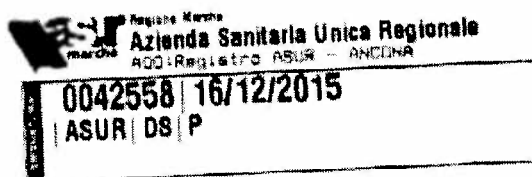
- **ATTIVITA' AMBULATORIALE** per "Codici minori a gestione Medico Emergenza Territoriale 118"

Sarà necessario *per tale funzione*:

- ♦ Dedicare uno Spazio con PC, stampante e telefono;
- ♦ Avere la disponibilità di un Infermiere di PS (diverso da quello equipaggio 118 a garanzia continuità per partenze repentine del medico 118 per attività territoriale d'emergenza/urgenza);
- ♦ Assegnare da parte del triage **pazienti con codici a bassa probabilità evolutiva** nel rispetto delle indicazioni predisposte dal Responsabile del PS. La gestione dei pazienti in codice bianco e verde non è, comunque, di pertinenza esclusiva dei medici del SET 118;
- ♦ Definire mensilmente nella predisposizione dei turni di servizio l'identificazione del Medico di riferimento del Pronto Soccorso (**PS***), necessario per:

Interruttore di sicurezza per ricaricare i dispositivi elettromedicali in dotazione dell'MSA
118;

9/10/2012 Per: Schubert John
James Benjamin
Robert Robert
Robert Robert
Robert Robert



Al Direttore Generale ASUR
Dr. Alessandro Marini

Al Direttore Sanitario ASUR
Dr.ssa Nadia Storti

OGGETTO: trasmissione documentazione Gruppo Rete Territoriale del Soccorso ASUR.

Si trasmette, allegato alla presente, il documento conclusivo del Gruppo di Miglioramento in oggetto "Riorganizzazione del sistema emergenza territoriale 118 (SET118).

Cordiali saluti,

Dr.ssa Elisa Draghi

RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA EMERGENZA TERRITORIALE 118 (SET118)

Il Servizio Salute a partire dal 1999 ha svolto attività di indirizzo e coordinamento dell'organizzazione del sistema nel rispetto della Legge Regionale 36/98.

Da tale coordinamento sono scaturiti:

- ✓ l'acquisto regionale del software di gestione delle C.O. 118 (1999);
- ✓ la gara regionale unica per l'acquisto mezzi ed elettromedicali (1999);
- ✓ l'introduzione di unico sistema regionale dispatch (2000);
- ✓ la formazione con la DGRM 1405/2001 e successivi corsi di formazione/abilitazione dei Medici delle Emergenza Territoriale (MET) conseguiti negli anni 2002- 2005 -2010;
- ✓ l'emanazione di linee guida regionali (pre-ospedaliere per i volontari libretto blu – pre-ospedaliere per sanitari libretto giallo – DEA per sanitari ospedalieri libretto verde – Centrale Operativa libretto rosso non realizzato);
- ✓ la rete regionale radio dedicata all'emergenza affidata al Servizio Protezione Civile (2001),
- ✓ la rete trauma (SIAT Regione Marche ospedaliero 2005 , integrazione con pre-ospedaliero 2007).

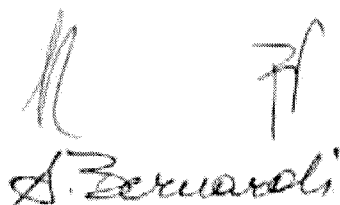
Negli anni successivi a seguito di un cambiamento organizzativo tali attività di coordinamento sono venute meno lasciando maggior autonomia organizzativa a livello locale generando di fatto difformità nel sistema dell'emergenza. Nel 2011 con la DGRM 240 e successivamente nel 2013 con la DGRM 735/13 e l'aggiornamento della Legge 36/98 (L.R. 17/2013), fortemente voluta dal Direttore ASUR, si è messo mano alla riorganizzazione della SET118.

Il sistema 118, come definito dalle linee guida Guzzanti 1996, è "costituito da tre sottosistemi ovvero :

- un sistema di allarme sanitario (C.O. 118),
- un sistema territoriale di soccorso costituito da POTES (MSA – MSI – MSB) ed elisoccorso;
- una rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati (P.P.I., P.S., DEA 1° e 2° livello).

Allo stato attuale vi è un governo locale del sistema ospedaliero attraverso i dipartimenti di emergenza e accettazione di Area Vasta (5 DEA di AV), e sistema di allarme sanitario (4 C.O. 118 territoriali e quella Regionale), ma di fatto:

1. Manca un'organizzazione di Area Vasta del SET118 che risente ancora dell'organizzazione delle ex-zone territoriali (es. delle totali 32 MSA 5 sono assegnate alle C.O. 118 e le restanti ai PS/PPI). Si evince la carenza di governo del sistema di emergenza territoriale in dimensione di Area Vasta.
2. Manca un coordinamento operativo regionale ASUR del SET118.


A. Bernardi

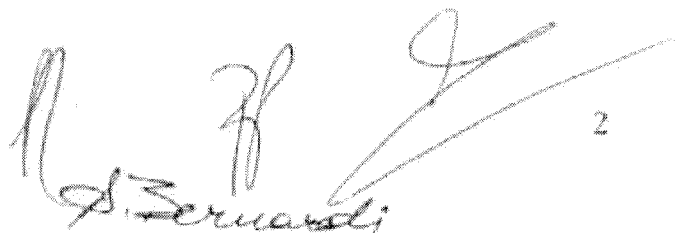


Ciò premesso al fine di garantire un governo unitario del SET118 ASUR si prevede un "Coordinamento ASUR" finalizzato al raggiungimento degli obiettivi individuati dalla Direzione Generale.

Tale coordinamento si avvale dei Direttori delle centrali 118, dei responsabili della Rete Territoriale del soccorso (RTS) di Area Vasta (AV) e dell'infermiere coordinatore della Centrale Regionale fermo restando il ruolo centrale svolto dai Direttori di AA.VV. fondamentale per mantenere il raccordo tra la Direzione Generale ASUR e i singoli DEA di Area Vasta.

Compiti attesi del "Coordinamento ASUR SET118":

- tecnologie di sistema:
 - software di gestione sistema 118: assicurare la funzionalità del software garantendo il flusso dei dati relativi al Sistema 118 (futuro 112), alle Centrali di Coordinamento dei Trasporti (CCT), al Sistema della Continuità Assistenziale (futuro 116/117) ed alla maxi-emergenza in collaborazione con il referente ASUR;
 - sistema radio: garantire la continuità del funzionamento del sistema valutando ed assicurando insieme ai rappresentanti di competenza del Dipartimento per le politiche integrate di sicurezza e per la protezione civile della Regione Marche le esigenze di manutenzione ed implementazione degli apparati e delle tecnologie;
 - sistema di telefonia: garantire il funzionamento del sistema valutando ed assicurando le esigenze di manutenzione ed implementazione degli apparati e delle tecnologie in collaborazione con il referente ASUR;
 - mezzi: valutare dal punto di vista quali e quantitativo la tipologia dei mezzi monitorando il fabbisogno del sistema e garantendo la funzionalità dei mezzi aziendali;
 - elettromedicali: definire i requisiti essenziali monitorando il fabbisogno del sistema 118 e garantendone la funzionalità;
 - trasmissione dati: garantire la disponibilità dei dati e la trasmissione degli stessi in collaborazione con il referente ASUR.
- personale: fornire azione di supporto per stimare il fabbisogno delle risorse umane e per definire le strategie contrattuali necessarie al servizio 118 ed all'integrazione nell'ambito DEA/Distretto;
- pianificazione, formazione e qualità: revisionare periodicamente le linee guida regionali, standardizzare il percorso formativo degli operatori sanitari del sistema; scegliere gli indicatori ASUR qualitativi e quantitativi del sistema favorendo un sistema di reporting tramite le attività della centrale regionale 118; istituire ed aggiornare procedure/ protocolli previsti a livello regionale;
- sicurezza personale: garantire l'uniformità dell'uso dei relativi DPI e dei percorsi formativi relativi alla sicurezza;


A. Bernardi

- comunicazione/relazioni: garantire il coordinamento degli attori interni ed esterni coinvolti a vario livello nel sistema (Prefettura, Protezione Civile, VV.FF. Forze dell'ordine, Enti preposti);
- maxiemergenza Regionale/Nazionale: garantire la risposta sanitaria della Regione Marche attraverso la centrale Regionale 118 (centrale remota) nell'ambito delle attività di coordinamento svolto dai competenti organi Regionali anche in attuazione di quanto previsto dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 28 Giugno 2011 "Indirizzi operativi per l'attivazione e la gestione dei moduli sanitari in caso di catastrofe".

A LIVELLO DELLE AREE VASTE

Allo stato attuale è consolidato il sistema di allarme con i rispettivi direttori delle U.O.C. C.O. 118, non risulta invece definito il Coordinamento del SET118 specie per la componente dei mezzi di soccorso e dei PPI territoriali. E' anche previsto che la continuità assistenziale, elemento costitutivo dell'assistenza territoriale, operi in sinergia e con la tecnologia propria della C.O. 118 pur rimanendo distinta e separata da essa. Si ritiene pertanto indispensabile l'individuazione di un referente di Area Vasta della Continuità Assistenziale.

Allo stesso modo è previsto che la Centrale di Coordinamento Trasporti (CCT) operi con la tecnologia propria della C.O. 118 rispondendo alle esigenze sia territoriali che ospedaliere. Si conferma per tale attività la necessità di un responsabile di un'unità operativa semplice afferente alla C.O. 118 con l'attribuzione delle seguenti funzioni:

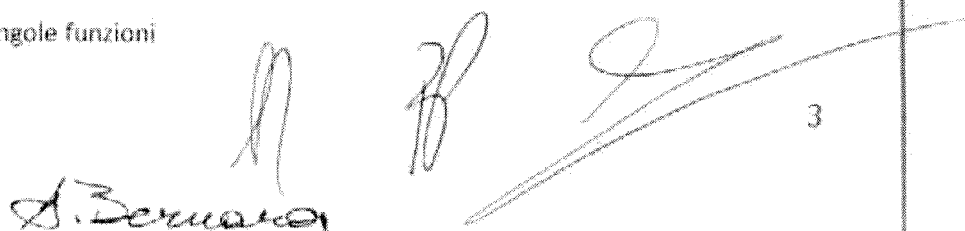
- gestire l'attività della Centrale Coordinamento Trasporti secondo le indicazioni del Direttore della Centrale Operativa 118;
- mantenere il collegamento con le associazioni ed Enti che svolgono trasporti sanitari;
- fungere da riferimento per il personale non appartenente all'ASUR che viene impiegato sui mezzi addetti ai trasporti.

Visto che l'organizzazione sanitaria regionale tende alla riconversione di alcune strutture ospedaliere in territoriali e considerata anche la contestuale riorganizzazione della rete territoriale del soccorso, tali presupposti richiedono un impegno organizzativo ospedale – territorio progettato ma ancora da strutturare.

Prima di procedere alla costituzione di ulteriori sovrastrutture per rispondere alle esigenze di integrazione in AV, è necessario:

- definire l'appartenenza organica delle singole risorse;
- definire la rete dei rapporti;
- definire la catena delle responsabilità;
- definire/individuare le singole funzioni

3



con l'obiettivo che l'organizzazione del SET118 possa essere definito e funzionale nonostante la sua complessità.

Ai fini del raggiungimento degli obiettivi descritti dalle Normative Regionali (DGRM 735/13, DGRM 920/13 e LR 36/98 e ss. mm.) e per attuare i recenti indirizzi normativi anche di carattere Nazionale (standard del Decreto Ministero della Salute n° 70 del 2/4/15), si rende necessario identificare un dirigente medico "Responsabile del sistema Territoriale del soccorso" in ambito di Area Vasta in grado di garantire i percorsi di integrazione territorio - ospedale.

Tale funzione afferisce di norma alla Direzione del DEA di AV.

Il responsabile si avvale di:

- un Infermiere coordinatore di Area Vasta per la gestione dei turni del personale non medico delle postazioni territoriali, della manutenzione degli elettromedicali, dell'approvvigionamento dei beni e servizi e della formazione;
- di un responsabile tecnico della RTS di AV per quanto riguarda la gestione ordinaria e straordinaria dei mezzi.

Attività del "Responsabile del sistema territoriale del soccorso" di Area Vasta in collaborazione con l'infermiere coordinatore e un responsabile tecnico:

- verifica/controlla le attività dei mezzi costitutivi della rete territoriale del soccorso;
- verifica/controlla il funzionamento dei mezzi di soccorso, dotazioni ed attrezzature;
- pianifica e programma con i Direttori delle U.O. a cui afferisce in merito a: tecnologie, personale, qualità e formazione;
- sovrintende alla turnistica del personale della rete territoriale del soccorso;
- partecipa alla attività di gestione del personale, compresa la valutazione ai fini della performance relativamente alla quota pre-ospedaliera;
- monitorizza le attività territoriali (di soccorso e del PPI Territoriale);
- cura l'applicazione da parte del personale del Sistema di emergenza territoriale del soccorso delle indicazioni dei Direttori di U.O. C.O.118, per quanto riguarda l'operatività sul territorio, e dei Direttori PS e DEA per le attività all'interno delle strutture sanitarie;
- autorizza gli acquisti di attrezzature e materiale in accordo con il Direttore DEA;
- fa parte del comitato DEA di AV di appartenenza;
- si interfaccia con i Direttori delle U.O. del DEA in merito alle problematiche e adempimenti inerenti.

Acamb
llw
A. Bernard

RF

[Signature]